

**Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro**

**O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização**

**Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2013**



**Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro**

**O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização**

**Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2013**



**Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro**

**O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização**

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte integrante dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Antropologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Doutor Álvaro Campelo e coorientação do Prof. Doutor Rodrigo Mariño.

## **RESUMO**

**Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro:**

**O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização**

**(Sob a orientação do Prof. Doutor Álvaro Campelo e coorientação do Prof. Doutor Rodrigo Mariño)**

Este trabalho de investigação, inicialmente baseado na observação dos espaços geográficos onde decorreria a recolha de dados, e em simultâneo, na pesquisa de informação bibliográfica, concretizou-se numa investigação empírica com trabalho de campo de grande duração.

A questão central era identificar os problemas no acesso à saúde oral por parte de grupos sociais marginalizados ou excluídos da sociedade, com comportamentos associados à toxicodependência, alcoolismo, prostituição e por vezes portadores de doenças transmissíveis. Pretendia-se saber como, no acesso à saúde oral, estes processos interferiam, e quais as suas consequências, com o objetivo de conhecer a situação da amostra estudada e, a partir desse conhecimento, indicar propostas que superem tais limitações no acesso à saúde oral.

Enquadra-se esta investigação no campo das Ciências Sociais, com particular abordagem antropológica, onde os dados fisiológicos e sanitários associados à saúde oral são analisados, combinando a teoria e metodologia médica com a teoria e metodologia antropológica, pois associamos a saúde e a doença oral ao comportamento humano, ao enquadramento social e cultural.

As condições físicas onde decorreu a recolha de informação – Unidades Móveis da ARRIMO e Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã – foram as necessárias e suficientes. Independentemente de apresentarem algumas limitações/“condicionantes”

não impediram a obtenção de alguns resultados conclusivos e fiáveis, que evidenciaram de forma clara a dura realidade da população estudada.

A necessidade de cuidados de higiene oral e as consequências inerentes à sua má aplicação foram amplamente verificadas junto da população-alvo e analisadas no trabalho aqui apresentado. Constata-se, pelos resultados obtidos, que estes hábitos/cuidados de higiene oral quase não existem. Da população observada, apenas 32%, entende que a sua condição oral é de facto muito pior daquela que conseguem visualizar nas pessoas da sua idade; e, aproximadamente 33% indica que possui odontalgias, mas, destes, apenas 9% recorreram ao serviço do Médico Dentista.

Situamos a nossa pesquisa na necessidade de incluir nas políticas sanitárias uma reflexão mais crítica e desenvolvida do conceito de justiça no acesso à saúde por parte de grupos desfavorecidos e socialmente marginalizados, pois é muito problemática e precária a política de saúde oral para esta população.

## **ABSTRACT**

**Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro**

### **The Access to Oral Health in Contexts of Marginalization**

**(Supervision of Álvaro Campelo, PhD, and co-supervision of Rodrigo Mariño, PhD)**

This research work, based at first on the observation of the geographical area where the field research would take place and, at the same time, on the compilation of bibliographic information, took shape as an empirical research with long-term fieldwork.

The main issue was to identify problems of oral health care access by socially rejected or excluded groups with problems related to drug addiction, alcoholism, prostitution and at times carriers of contagious diseases. The intention was to uncover how these behaviours meddle with the access to oral health care and what their consequences are, aiming to know the situation of the studied sample and, from there, make suggestions to overcome such limitations on the access to oral health care.

This research fits into the Social Sciences field area, with a special anthropological approach, in which physiological and sanitary data related to oral health are analyzed, combining medical and anthropological theory and methodology, linking oral health and disease to human behaviour and to social and cultural background.

Physical conditions where information gathering took place – ARRIMO Mobile Units and Social Centre of the Campanhã parish council – were satisfactory, regardless of some restrictions which couldn't prevent obtaining some conclusive and reliable results that clearly show the harsh reality of the studied population.



The need for oral health care and the results of its misuse were checked carefully with the target population, and analyzed in this work. Results show that oral health habits scarcely exist. Only 32% of the studied population understands and sees that their oral condition is actually worse than that of people the same age as them; approximately 33% said they had odontalgias, but only 9% of them went to the dentist.

Our research shows the need to include in health policies a critical and more developed reflection on the concept of justice in the access to health care by disadvantaged people and social outcasts, since the oral health policy for this population is very difficult and precarious.

## **RÉSUMÉ**

**Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro**

**L'accès à la santé bucco-dentaire dans des contextes de marginalisation**

**(Sous la direction du Prof. Dr. Álvaro Campelo et co-direction du Prof. Dr. Mariño Rodrigo).**

Ce travail de recherche, au début fondé sur l'observation des lieux géographiques où le travail de champ s'est déroulé, et en même temps dans l'assemblage d'information bibliographique, est le résultat d'une recherche empirique avec travail de champ de longue durée.

La question centrale était d'identifier les problèmes dans l'accès à la santé orale par des groupes socialement marginaux ou exclus, avec des conduites associées à la toxicomanie, au alcoolisme, à la prostitution et parfois avec des maladies contagieuses. On veut savoir comment ces procès interviennent dans l'accès à la santé orale, et quelles sont les conséquences, ayant par but de connaître la situation de l'exemple étudié et, d'après cette connaissance, faire des propositions qui surpassent telles limitations dans l'accès à la santé orale.

Cette recherche est dans le champ d'action des Sciences Sociales, avec une approche anthropologique particulière, où les données physiologiques et sanitaires associées à la santé orale sont analysées, accouplant les théories et méthodologies médicales et anthropologiques, puisque nous associons la santé et la maladie orales à la conduite humaine, au cadre social et culturel.

Les conditions physiques où s'est déroulé l'assemblage d'information – Unités Mobiles de l'ARRIMO et le centre social de l'assemblée de paroisse de Campanhã – furent les nécessaires et suffisantes. Indépendamment de ces conditions avoir présenté quelques

limitations, elles n'ont pas empêché l'obtention de quelques résultats conclusives et fiables qui montrent nettement la dure réalité de la population étudiée.

Le besoin de soins d'hygiène orale et les conséquences inhérentes à sa mauvaise application furent largement vérifiées auprès de la population-cible et analysées dans le travail ci-présenté. On voit, d'après les résultats obtenus, que ces habitudes/soins d'hygiène orale n'existent presque. De la population observée, seulement 32% comprend que sa condition orale est en fait beaucoup plus mauvaise que celle qu'ils voient dans les personnes de leur âge; et plus ou moins 33% montre avoir des odontalgies, mais seulement 9% d'eux sont allés au dentiste.

Nous situons notre recherche dans le besoin d'inclure dans les politiques sanitaires une réflexion plus critique et développée du concept de justice dans l'accès à la santé par les groupes défavorisés et socialement exclus, car la politique de santé orale pour cette population est très problématique et précaire.

## DEDICATÓRIAS

À minha esposa, Sira Loureiro Castro, mesmo que muitas vezes preenchida e exacerbada de trabalho, pelos seus mais diversos e diferentes afazeres, sempre demonstrou total compreensão e carinho e, incondicionalmente, esteve comigo, fornecendo-me a sua inesgotável e inquestionável força física, e emocional e o seu apoio familiar e espiritual. Ao meu grande amor, o meu muito obrigado!

À minha filha, Ema Liz Castro, que apesar da sua tenra idade e pouca compreensão perante a constante leitura do pai, que a esta nada dizia, sempre contribuiu com o máximo de silêncio possível nestas idades, permitindo-me concentrar e assimilar todos os conteúdos obtidos, que hoje estão explanados neste trabalho. Obrigado filha por seres única, tão especial e compreensiva!

Aos meus pais, Ireneu Ferreira da Silva e Clarinda de Oliveira Costa, por todo o apoio, pelo exemplo de disciplina incutido em prol dos valores morais, culturais e pela conquista, através da luta, leal e verdadeira, dos meus objetivos; pela noção de carinho, de atenção, de honra, de respeito, de profissionalismo para todos quantos nos rodeiam e necessitam e, pela forma exemplar, como me levaram a acreditar que tudo era possível, mesmo que para isso fosse necessário um trabalho desmedido e demasiado cansativo, para superar os grandes obstáculos da vida. Sou eu hoje a reconhecer, perante o mundo, que se sou o que sou, a vocês o devo! Muito obrigado, meus pais queridos!

À minha sogra, Delta Loureiro, pela tolerância, pela compreensão, pelo acompanhamento, pelo esforço físico, muitas vezes solicitado, pelos ensinamentos comportamentais e sociais, pelas várias descrições de vivências que faziam apenas parte da sua íntima recordação, pelo carinho demonstrado quando me abordava e por ser quem é! Obrigado sogrinha!

Ao meu já falecido sogro, Agostinho Ribeiro, que, mesmo “distante” tenha estado tão “presente”, evidenciando e fazendo-me pensar nas minhas principais características, que também ele possuía e que compunham um rol inesgotável: amizade, tolerância, honra, carinho, respeito, entre muitas outras. Que o teu Espírito me continue a acompanhar e que eu nunca te desiluda. Contribuíste para que fosse o que sou, mesmo não fisicamente presente. Um abraço amigo do teu genro!

Aos meus cunhados, Agostinho Castro e Rosa Castro por participarem ativamente neste longo trajeto, permitindo-me muitas vezes aliviar a mente, apenas repousando, junto deles. Pessoas fundamentais para este trabalho, sempre me apoiaram e me transmitiram esperança, para a conquista de um futuro melhor e mais consciente da realidade existente. Obrigado cunhados! São únicos e estão no meu coração.

Ao meu irmão, Francisco Silva, à minha cunhada, Olga Cunha, aos meus sobrinhos, Inês, Sara e Francisco, pela força incondicional que sempre me incutiram e pelo orgulho demonstrado pelo trabalho que estava a ser realizado. A vida diz-me que mesmo “longe” estarão sempre muito perto! Obrigado por todos os momentos divertidos que me proporcionaram!

À minha irmã, Alice Santos, pela total disponibilidade em partilhar comigo os meus piores momentos e, mesmo completamente distante do que este tema representa, tentou direcionar-me sempre no caminho do respeito, da hombridade, da honestidade, da solidariedade e da base fundamental, em qualquer situação, do conceito de família.

À Ana Monteiro, Carlos Gomes e Marianinha, amigos e grandes companheiros pela possibilidade que me deram em poder partilhar e trocar opinião sobre algumas das muitas dúvidas que iam surgindo durante este longo e complicado trabalho, nomeadamente o que diretamente se relaciona com a recolha de dados, realizado em locais que apresentavam algum perigo para a integridade física.

Aos meus sempre eternos e incontestáveis amigos, Paulo Lopes, Sílvia Moreira e Anabela Claro, sem os quais não teria sido possível executar de forma tão eficaz e pronta todo trabalho. Foram o meu pilar nas horas mais duras e desconcertantes, nos momentos de revolta e de sofrimento, impostos pela própria situação. Muito Obrigado!

Ao digníssimo Reitor da Universidade Fernando Pessoa, Prof. Dr. Salvador Trigo, por ter tido o incómodo de intervir neste trabalho, de forma direta e pessoal, mesmo depois de já o ter feito e demonstrado, institucionalmente! Não encontro as palavras certas e adequadas para expressar a gratidão que me merece. Muito obrigado!

À Dra. Fátima Rocha, Vereadora da Saúde e Assistência Social, da Junta de Freguesia de Campanhã, pela sua inquestionável ajuda. Esteve comigo sempre que tínhamos necessidade de agendamento de reuniões, sempre que era necessário alterar datas, sempre que eu solicitei! Pela generosidade e humildade demonstradas, pelo seu vastíssimo conhecimento, no âmbito da Gerontologia, que sem qualquer pejo, o transmitiu, pelo que é e pela belíssima pessoa que demonstrou ser, o meu muito obrigado. Contará eternamente com a minha amizade.

A todos os meus doentes, pois sempre compreenderam as minhas saídas súbitas (para avaliar alguns dos elementos da atual população que tinham elevado interesse nos resultados finais), as minhas olheiras e o meu rosto cansado, os meus desabafos, as minhas anotações, espalhadas pela secretária de apoio no consultório, e que, sempre e de forma incondicional, me davam a sua amizade, o seu apoio e me demonstravam que o meu caminho era mesmo esse. “Estaremos sempre consigo, Dr. Luís”!

Ao Dr. Manuel Pizarro, médico, amigo e colega, que tendo feito parte da comissão de saúde, pôde facultar-me parte do seu vasto conhecimento no âmbito da saúde em Portugal, e que só por isso, este trabalho poderá marcar pela diferença. Muito obrigado por ter estado sempre pronto a ajudar e por ter acreditado nas minhas capacidades.

À Dra. Ana Mafalda e Dra. Ana Novais, por terem participado, de forma indireta neste trabalho, que entendo ser uma ferramenta de trabalho para todos os que estão ligados à área da saúde. Para vocês, que também se enquadram neste grupo restrito de pessoas com interesse em desenvolver algo de novo, pelo apoio que me prestaram e pela sempre constante disponibilidade apresentada, muito obrigado.

O meu obrigado ao Prof. Dr. Jorge Machado, professor no ICBAS e grande amigo pessoal e profissional, por ter acreditado que este seria apenas o início de um longo e promissor percurso académico. Sempre estive disponível para discutir o que de mais parecia ser pertinente neste tema bastante ambíguo.

Aos meus animais de estimação, que são considerados como elementos da família, e que souberam “compreender” a minha ausência e a minha pouca tolerância, em momentos que para eles seriam certamente essenciais. Desculpem se ultrapassei os limites, em alguma situação mais periclitante.

Ao Porto Canal, por me ter facultado a possibilidade de abordar este tema, em programa televisivo, e que teve repercussões quase imediatas, nomeadamente, junto de colegas médicos, do poder político e algumas associações de carácter humanitário.

À RTP, através do Programa Praça da Alegria, que promoveu uma entrevista com alguns dos que a sociedade referencia como “marginais”, nomeadamente idosos, onde consegui ludicamente demonstrar que estes elementos são de extrema utilidade para o nosso mundo atual e que o seu conhecimento e atitude perante as vicissitudes da vida nos ensinam a crescer enquanto seres humanos. Obrigado aos apresentadores deste programa por terem acreditado que muito pode ser ainda realizado em prol dos desfavorecidos e mais carenciados.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Álvaro Campelo, meu Orientador e amigo, que sempre se mostrou disponível para colaborar comigo durante este longo percurso. Foi importante concluir que este senhor, de um enorme conhecimento, é uma ampla fonte de informação, que se adequa por completo a todos quantos dele necessitem e que o faz de forma inata. A comunicação, já anteriormente estabelecida, entre nós, pois fazemos parte da mesma equipa de investigação, foi sempre pautada por uma grande cumplicidade, compreensão e amizade. No entanto, com esta sua orientação, consolidei estes adjetivos que se tornaram mais profundos e notórios.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Mariño, meu coorientador e meu amigo, que apesar de muito distante, geograficamente, esteve sempre muito presente e pronto a ajudar, indicando-me os caminhos a seguir e as alterações que seria interessante realizar. Demonstrou sempre a sua total disponibilidade em prol de um trabalho que se pretende ser único e muito valioso para os demais colegas.

À Universidade Fernando Pessoa, pelo espaço que dispõem para os seus alunos de investigação, pela oportunidade que lhes faculta no acesso a todos os seus variados serviços, à possibilidade do recurso de meios de tecnologia avançada, permitindo a assistências às aulas em sistema de e-learning, pela simpatia demonstrada junto de toda a equipa responsável pelos Doutoramentos, pela pronta resposta a quaisquer dúvidas que decorriam, pela cooperação, por todo o pessoal docente diretamente relacionado com o tema em questão, pelo carinho demonstrado aos seus ex. e atuais alunos, pelo interesse demonstrado em torno do avanço do conhecimento e por ser a instituição credível que continua a ser.

A todos os membros que compõem o júri, que se dedicaram e empenharam na leitura profunda desta Tese, que pretendo não ter sido maçuda.



À Doutora Inês Salcedo, companheira de doutoramento, pelo seu apoio, pela sua disponibilidade, pela sua cooperação, pelo fornecimento de alguns artigos e livros antigos, que tinha em sua posse, e que seriam e foram uma ferramenta fundamental para a elaboração deste trabalho científico. Pelos trabalhos de campo em conjunto realizados, nas campanhas de promoção da saúde oral, nutrição e qualidade de vida, que me deram uma estrutura diferente para encarar esta que é uma dura realidade. Pela forma simples como me ajudou a avaliar e analisar dados e destes retirar o que entendíamos ser o mais relevante. Pela sua amizade, o meu muito obrigado.

A todos os meus amigos, que por circunstâncias inalteráveis e inadiáveis da vida, não estiveram presencialmente neste longo caminho, mas, no seu íntimo silêncio, demonstravam claramente o gosto por ter terminado.

À Doutora Nadine Trigo, que depois de ter tido, eu, o privilégio de estar na sua presença e de lhe poder falar do meu projeto, ter tido a amabilidade de o considerar como um Projeto “de especial interesse e fundamental para o grupo de investigação”. Teve ainda a oportunidade de me agradecer por ter desenvolvido este projeto dentro da UFP, pois entendeu que seria uma mais-valia para a referida instituição de ensino.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Moutinho, pelo seu acompanhamento, pela sua exigência, pela sua frontalidade e pela sua inesgotável tolerância quando as questões burocráticas se tornavam demasiado repetitivas e pragmáticas. Demonstrou ser de uma competência incomparável.

Ao Prof. Dr. Manuel Figueiredo, que pertencendo durante muitos anos à Comissão de Ética desta instituição, pôde, junto de mim e de forma muito pessoal, orientar-me para a elaboração do inquérito e do consentimento informado, alertando-me para o que entendia ser o mais necessário.

Ao Dr. António Marinho, pela sua total disponibilidade em facultar todas as informações diretamente relacionadas com a Administração Regional de Saúde do Norte.

A Deus que me acompanhou neste longo projeto, demonstrando claramente que, existem valores, que não devem ser nunca descurados: honestidade, dádiva, entrega,

humanidade, seriedade, vontade.... Nos piores momentos, contei sempre com este ser invisível mas perceptível.

À Dra. Margarida Jordão e ao Dr. Rui Calado, responsáveis pelo PNPSO, junto da DGS, Lisboa, pela vossa sempre e inquestionável ajuda, quando surgiam dúvidas nos enquadramentos legais e formas de utilização dos meios de acesso à Saúde Oral, nomeadamente em contexto de Marginalização. Foram fundamentais para que pudesse ser conhecedor do que está a ser realizado e do que se pretende vir a efetuar pela saúde oral.

A todos os técnicos de saúde, que estiveram comigo nas unidades móveis da ARRIMO e no Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã, pela sua total disponibilidade, gentileza, dinamização e cooperação, que sempre demonstraram, no sentido de se atingirem os objetivos pré-estabelecidos.

Às Profs. Dra. Raquel Silva e Dra. Rute Meneses, amigas, colegas de investigação, que sempre, mesmo sem se fazer sentir notadas, estavam presentes nas alturas mais críticas e de grande desgaste físico e mental.

A todos os Professores responsáveis pelas unidades curriculares teóricas, que de forma exemplar conseguiram colocar questões de alto valor científico, para que o produto final fosse sempre o melhor.

A todos os funcionários da UFP, porteiro, ajudantes de limpeza, funcionários de secretaria, que prontamente me forneciam as informações que eram necessárias para a resolução das mais diversas e insólitas situações que foram surgindo.

À Pierre Fabre, departamento da saúde oral, que sempre apresentou disponibilidade e interesse na promoção da saúde oral, fornecendo, em algumas circunstâncias, material técnico para facilitar nos esclarecimentos que eram necessários transmitir aos utentes.

Obrigado a todos..., que eventualmente não referi, sem os quais não teria sido possível o término desta fase de investigação.

Termino os meus agradecimentos com umas palavras dirigidas à Vida, onde tento traduzir um pouco e por palavras o que senti durante os diferentes momentos que passei e que de muito me orgulho...

## **A VIDA.....**

A Vida,

Que conceito tão Complexo e Vasto,

Observado, muitas vezes, de forma tão aligeirada!

Possui uma simbologia tão marcante,

Mas mesmo assim, muito passível de se tornar,

Impercetível para muitos,

E muito maleável e moldável para muitos outros!

Como pode este Conceito ser tido como um termo tão reduzido e/ou redutor quanto marcante?

Ser apenas ...

Um período estabelecido entre a Conceção e a Morte,

Um meio útil de unir ou separar pessoas,

Uma forma para conceber e/ou manter algo Vivo,

Difícil o poder de interpretação a que cada um diz respeito!

No entanto, todos sabemos ...

A Palavra VIDA pode traduzir-se pelo seu próprio e merecedor carácter, como algo ...

Cheio de positivismo, energia e carácter,

Alegria, paz e saúde,

Amor, dádiva e bondade

Ou apenas negativismo, lamúria e desânimo,

Rancor, ódio e temor,

Maléfico, tenebroso e negro!

Mas, ponderemos ...

Esta VIDA,

Não será forte o suficiente...

Para nos fazer esquecer os medos e as angústias vividas?

Para nos fazer ultrapassar datas e pessoas, um dia, marcantes?

Para nos fazer ponderar nas muitas avaliações levianas ou pouco ponderadas?

Para nos fazer tornar pessoas diferentes?

Se tal acontecer ...

Podemos ser ...

Capazes de nos tornar felizes,

De caminharmos em prol da Honestidade e Hombridade,

De evoluir como HUMANOS,

De lutar pela Honra e pela Nobreza,

Pelo Conhecimento da Mente,

Pela Sabedoria!

...

Foi para mim importante meditar sobre a VIDA,

Que se ligou a este Trabalho de forma única e incrivelmente marcante,

Fez-me refletir e ponderar na forma de agir,

Deixando-me em pura levitação e com muitas dúvidas quanto à possibilidade desta poder ser uma simples ...

Escolha, Imposição, Meta,...

Enfim...

Uma simples ou marcante VIDA?

Sinto que para mim a VIDA me permite Sorrir e

Que pude Sorrir de forma Saudável

Para todos quantos da minha Vida fizeram e fazem parte.

Obrigado VIDA, por me deixares SORRIR e VIVER!

Luís Silva Castro, 2012

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	XXVI
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XXVII
ÍNDICE DE QUADROS .....	XXIX
ÍNDICE DE TABELAS .....	XXX
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XXXIII
INTRODUÇÃO GERAL .....	1
 PARTE I.....	 8
 CAPÍTULO I - CAPÍTULO INTRODUTÓRIO.....	 8
1.1. Definição da problemática e dos conceitos .....	8
1.2. Cuidados em saúde oral e acesso.....	16
 CAPÍTULO II - VISÃO ANTROPOLÓGICA DA SAÚDE PARTICULAR SITUAÇÃO DA SAÚDE ORAL .....	 22
2.1. Saúde e ciências sociais.....	28
2.2. Desigualdades, iniquidade e justiça social em saúde .....	33
2.3. Alterações e condicionantes orais e dentários .....	41
i. Cárie dentária: a principal doença oral .....	43
ii. A patologia periodontal e suas principais implicações.....	50
iii. Erosão dentária .....	51
iv. Cárie dentária <i>versus</i> processo de fluoretação.....	53
v. Hábitos de higiene oral e utensílios necessários.....	55

vi. Cavidade oral e processo alimentar .....	58
vii. Políticas de saúde oral e sociedade mais justa.....	59
 CAPÍTULO III - CONTEXTOS DE MARGINALIZAÇÃO EM SAÚDE ORAL .....	64
3.1. Impacto da doença na economia portuguesa .....	65
i. Políticas sociais já aplicadas.....	65
ii. Algumas das potenciais ferramentas que podem diminuir a iniquidade no acesso à saúde oral.....	71
3.2. Condição e acesso a cuidados de saúde oral em populações marginalizadas e excluídas .....	73
i. Nível socioeconómico baixo .....	75
ii. Alcoolismo e alcoólicos .....	76
iii. Os sem-abrigo.....	83
iv. Toxicodependentes .....	86
v. Portadores de VIH .....	90
vi. Prostitutas (os) / Travestis .....	93
vii. Presidiárias (os) .....	96
viii. Idosos.....	99
ix. Emigrantes / Imigrantes.....	108
3.3. Consciencialização de doença .....	111
i. Conceito de doença.....	111
ii. Saúde e doença num novo paradigma .....	113
iii. Saúde e doença na modernidade.....	116
iv. Cultura de saúde: sintomas e consumo de cuidados.....	119
3.4. Direitos e deveres em contexto de marginalidades .....	121
3.5. Justificativa.....	124
 PARTE II.....	126
 CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO EMPÍRICA DO TRABALHO DE CAMPO .....	126
1.1. Justificação do tema e população-alvo escolhidos .....	126
1.2. Identificação do problema em avaliação .....	127
1.3. Objetivos gerais e específicos .....	128
1.4. Recursos usados durante o trabalho de campo .....	129

1.5. Limitações mais marcantes encontradas durante todo o processo de investigação	131
1.6. Contextualização das instituições que recrutaram a população-alvo	132
i. Contextos do terreno de investigação	133
ii. Ambiente socioeconómico e cenário onde foram recolhidas as amostras	135
iii. Constatações de vida	140
<b>CAPÍTULO II - SELEÇÃO, JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA APLICADA E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b>	<b>142</b>
2.1. O universo de investigação	146
i. Caracterização da Amostra	147
2.2. Tipo de Estudo	148
2.3. Métodos e técnicas de recolha e tratamento de informação das metodologias usadas	151
i. Índice CPOD	156
ii. Odontograma	158
iii. Inquérito	160
iv. Formas de obter a informação das diferentes variáveis	160
v. Instrumentos da análise estatística dos dados obtidos / tratamento de dados	162
vi. Metodologia qualitativa	167
vii. Recolha e localização geográfica, locais de avaliação e relação da informação obtida	169
2.4. Cenário da investigação	170
2.5. Aplicação e resultados do inquérito	173
i. Caracterização sociodemográfica da amostra	174
ii. Caracterização sociocultural da amostra	180
iii. Condições habitacionais da amostra	184
iv. Higiene e alimentação	189
v. Serviços de saúde: informação/acesso/procura	197
vi. Perceção do estado de saúde	199
vii. Adicções / situações e perceções de marginalização	213
2.6. Resultados do CPOD	221
i. Outros elementos observados durante a avaliação Oral	224
ii. Relação entre CPOD e algumas das restantes variáveis que podem ser determinantes para a qualidade de saúde oral	226



2.7. Observação de terreno e histórias de vida .....	239
PARTE III .....	245
CAPÍTULO I - DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	245
1.1. Viver a exclusão, sonhar a solidariedade .....	247
1.2. Os comportamentos de risco, o discurso social e a doença oral.....	252
1.3. A prevalência das patologias orais e a situação social .....	253
1.4. A consciência de si, a expectativa do outro e o futuro de todos.....	256
CAPÍTULO II - PLANOS DE SAÚDE ORAL/ BENEFÍCIOS/DEVERES .....	259
2.1. PNPSO: há ou não conhecimento generalizado? .....	260
2.2. Benefícios sociais na saúde oral .....	263
2.3. Responsabilidades das instituições intervenientes no projeto .....	267
CAPÍTULO III - RESULTADOS FINAIS .....	271
CONCLUSÃO.....	285
RECOMENDAÇÕES.....	292
BIBLIOGRAFIA .....	297
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	324
ANEXOS .....	327
ÍNDICE DE ANEXOS .....	328

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Dimensões de bem-estar teoricamente relevantes (Pereira <i>et al.</i> , 2007) ..	41
Figura nº 2 – Dente saudável- constituintes do dente.....	49
Figura nº 3 – Peça dentária com cárie .....	49
Figura nº 4 – Erosão dentária .....	53
Figura nº 5 – Mapa da cidade do Porto .....	134
Figura nº 6 – Bairro do Cerco.....	136
Figura nº 7 – Bairro de Cerco .....	136
Figura nº 8 – Bairro do Cerco.....	137
Figura nº 9 – Junta de Freguesia de Campanhã.....	137
Figura nº 10 – Freguesia da Paranhos .....	138
Figura nº 11 – Freguesia da Sé .....	139

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – A situação dos idosos em Portugal .....	102
Gráfico nº 2 – Problemas que atingem os idosos em Portugal .....	102
Gráfico nº 3 – Medidas que deveriam ser implementadas para resolver os problemas dos idosos em Portugal .....	103
Gráfico nº 4 – Idade média da amostra.....	177
Gráfico nº 5 – Percentagem de religiosos da amostra .....	179
Gráfico nº 6 - Língua materna da amostra.....	180
Gráfico nº 7 – Situação profissional .....	182
Gráfico nº 8 – Fonte de rendimento.....	182
Gráfico nº 9 – Número de dependentes a cargo dos inquiridos que são “Cabeça de Família” .....	183
Gráfico nº 10 – Posto que ocupa enquanto membro de agregado familiar .....	184
Gráfico nº 11 – Condições da habitação – casa de banho .....	186
Gráfico nº 12 – Condições da habitação – lavatório .....	186
Gráfico nº 13 – Condições da habitação – cozinha .....	188
Gráfico nº 14 – Tipos de higiene realizada.....	189
Gráfico nº 15 – Utensílios usados para a higiene oral e pessoal .....	190
Gráfico nº 16 – Percentagem de indivíduos que realiza escovagem dentária .....	190
Gráfico nº 17 – Percentagem de indivíduos que realiza escovagem lingual .....	191
Gráfico nº 18 – Frequência da higiene oral .....	192
Gráfico nº 19 – Altura do dia que realizam a higiene oral .....	192
Gráfico nº 20 – Percentagem de refeições diárias .....	193
Gráfico nº 21 – Indivíduos inscritos no Serviço Nacional de Saúde.....	197
Gráfico nº 22 – Cobertura por outro tipo de serviço de saúde .....	199
Gráfico nº 23 – Estado de saúde oral comparativamente à maioria .....	200
Gráfico nº 24 – Sintomas de doença.....	200
Gráfico nº 25 – Conhecimento do direito em recorrer aos Centros de Saúde ou Hospital.....	202

Gráfico nº 26 e Gráfico nº 27 – Tempo que dista da última vez que foram atendidos num Centro de Atendimento de Saúde? .....	204
Gráfico nº 28 – Motivo pelo qual recorreram a um Centro de Atendimento de Saúde .....	205
Gráfico nº 29 e Gráfico nº 30 – Tempo que dista da última visita a um Médico Dentista.....	208
Gráfico nº 31 – Motivo da realização da consulta dentária. Ficou resolvido? .....	210
Gráfico nº 32 – Atendimento do Médico Dentista .....	210
Gráfico nº 33 – Estado de saúde oral e barreiras de integração na Comunidade .....	211
Gráfico nº 34 – Substâncias ou situações pelas quais são adictos .....	214
Gráfico nº 35 – Existência ou não de discriminação nos locais de atendimento .....	217
Gráfico nº 36 – Motivos pelos quais se sentiram discriminados .....	217
Gráfico nº 37 – Indivíduos envolvidos em atos ilícitos .....	218
Gráfico nº 38 – Indivíduos condenados ou não .....	218
Gráfico nº 39 – Apresentação de reclamação por parte dos utentes.....	220
Gráfico nº 40 – Número de dentes com cárie .....	222
Gráfico nº 41 – Número de dentes perdidos .....	222
Gráfico nº 42 – Número de dentes obturados .....	223
Gráfico nº 43 – Índice CPOD .....	224
Gráfico nº 44 – Uso de prótese .....	224
Gráfico nº 45 – Existência de restos radiculares .....	225
Gráfico nº 46 – Existência de dentes fraturados .....	225
Gráfico nº 47 – Correlação entre CPOD e idade .....	227
Gráfico nº 48 – Correlação entre CPOD e escolaridade.....	228
Gráfico nº 49 – Correlação entre CPOD e existência de casa de banho na habitação .	229
Gráfico nº 50 – Correlação entre CPOD e existência de cozinha na habitação .....	230
Gráfico nº 51 – Correlação entre CPOD e utensílios usados na higiene oral.....	232
Gráfico nº 52 – Correlação entre CPOD e realização de escovagem dentária .....	233
Gráfico nº 53 – Correlação entre CPOD e frequência de realização de higiene oral ...	234
Gráfico nº 54 – Correlação entre CPOD e consulta a um Médico Dentista .....	235
Gráfico nº 55 – Correlação entre CPOD e integração na comunidade.....	236
Gráfico nº 56 – Correlação entre CPOD e adictos .....	237
Gráfico nº 57 – Substâncias e situações às quais são adictos .....	238
Gráfico nº 58 – Correlação entre CPOD e substâncias às quais são adictos .....	239

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Medidas relativas à saúde oral .....	66
Quadro nº 2 – Medidas relativas à saúde em geral.....	70

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Naturalidade da amostra .....	175
Tabela nº 2 – Nacionalidade da amostra .....	176
Tabela nº 3 – Idade média da amostra .....	177
Tabela nº 4 – Percentagem de idades da amostra .....	177
Tabela nº 5 – Percentagem de género da amostra .....	178
Tabela nº 6 – Orientação sexual da amostra.....	179
Tabela nº 7 – Língua comunicante da amostra.....	180
Tabela nº 8 – Escolaridade da amostra .....	181
Tabela nº 9 – Tem uma atividade laboral? .....	181
Tabela nº 10 – Enquadramento familiar .....	183
Tabela nº 11 – Número de dependentes a cargo dos inquiridos que são “Cabeça de Família” .....	183
Tabela nº 12 – Condições de habitação .....	184
Tabela nº 13 – Com quem vivem?.....	185
Tabela nº 14 – Local de realização da higiene pessoal.....	187
Tabela nº 15 – Local onde faz refeições .....	188
Tabela nº 16 – Frequência de escovagem dentária.....	191
Tabela nº 17 – Refeições diárias.....	193
Tabela nº 18 – Local onde realizam as refeições.....	195
Tabela nº 19 – Alimentos que mais consomem.....	196
Tabela nº 20 – Indivíduos inscritos no Serviço Nacional de Saúde .....	197
Tabela nº 21 – Centros de Saúde onde estão inscritos .....	198
Tabela nº 22 – Estado de saúde oral comparativamente à maioria.....	199
Tabela nº 23 – Percentagem de indivíduos que consultaram um médico tendo sintomas.....	200
Tabela nº 24 – Diagnósticos no que concerne à saúde oral aquando da consulta .....	201
Tabela nº 25 – Justificações dos indivíduos que não recorreram a um médico tendo sintomas.....	202

Tabela nº 26 – Centro de Atendimento de Saúde que costuma utilizar .....	203
Tabela nº 27 – Motivo pelo qual recorreram a um Centro de Atendimento de Saúde .	205
Tabela nº 28 – Percentagem de indivíduos que já consultaram um Médico Dentista ..	206
Tabela nº 29 – Motivos pelos quais não recorreram a um Médico Dentista .....	206
Tabela nº 30 – Locais onde foram atendidos por um Médico Dentista.....	208
Tabela nº 31 – Motivos pelos quais recorreram a um Médico Dentista.....	209
Tabela nº 32 – Percentagem de indivíduos com dificuldades na mastigação.....	211
Tabela nº 33 – Percentagem de indivíduos que pensa que a sua saúde é uma barreira para se integrar na comunidade .....	212
Tabela nº 34 – Percentagem de indivíduos que acredita no sigilo profissional por parte dos profissionais de saúde .....	212
Tabela nº 35 – Percentagem de adictos .....	213
Tabela nº 36 – Tipo de bebidas consumidas.....	214
Tabela nº 37 – Quantidade de cigarros consumidos por dia.....	215
Tabela nº 38 – Tipo de drogas consumidas .....	216
Tabela nº 39 – Motivos pelos quais recorrem à Internet .....	217
Tabela nº 40 – Percentagem de indivíduos que se sentiram discriminados por um Médico Dentista.....	219
Tabela nº 41 – Percentagem de indivíduos com conhecimento da existência do livro de reclamações.....	220
Tabela nº 42 – Motivo pelo qual não recorreram ao livro de reclamações .....	220
Tabela nº 43 – Análise estatística dos Odontogramas .....	221
Tabela nº 44 – Índice CPOD .....	223
Tabela nº 45 – Uso de prótese .....	224
Tabela nº 46 – Existência de restos radiculares.....	225
Tabela nº 47 – Correlação entre CPOD e idade .....	226
Tabela nº 48 – Escolaridade .....	227
Tabela nº 49 – Correlação entre CPOD e escolaridade .....	228
Tabela nº 50 – Correlação entre CPOD e existência de casa de banho na habitação...	229
Tabela nº 51 – Correlação entre CPOD e existência de cozinha na habitação.....	230
Tabela nº 52 – Utensílios usados na higiene oral .....	231
Tabela nº 53 – Correlação entre CPOD e utensílios usados na higiene oral .....	231
Tabela nº 54 – Correlação entre CPOD e realização de escovagem dentária .....	232
Tabela nº 55 – Correlação entre CPOD e frequência de realização de higiene oral ....	233
Tabela nº 56 – Correlação entre CPOD e consulta a um Médico Dentista .....	234
Tabela nº 57 – Correlação entre CPOD e integração na comunidade .....	235

Tabela nº 58 – Correlação entre CPOD e Adictos.....	236
Tabela nº 59 – Substâncias às quais são adictos.....	237
Tabela nº 60 – Correlação entre CPOD e substâncias às quais são adictos .....	238



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABOP – Associação Luso Brasileira de Saúde Oral

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADA – American Dental Association

ADH – Hormona anti-diurética

AHMAC – Australian Health Ministers Advisory Council

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte.

ATM – Articulação Temporomandibular

CCRN – Comissão de Coordenação da Região do Norte

CE – Council European

CECLICO – Centro de Estudos Culturais, Linguagem e Comportamento

CIE – Classificação Internacional das Enfermidades/Patologias

CPOD/CPOD – Índice de avaliação de dentes cariados, perdidos e obturados

DGS – Direção Geral da Saúde.

DHHS – Department of Health and Human Services

DOC – Dental, Oral and Craniofacial

DOH – Division of Oral Health

DRC – The Dental, Oral and Craniofacial Data Resource Center

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECUE – Europa, Comissão da União Europeia

EUA – Estados Unidos da América

FCE - Fator de Crescimento Epidérmico

FMI – Fundo Monetário Internacional

HIV - Human Immunodeficiency Virus

ICAS – Indicadores para a aplicação de selante de fissuras

ICCPB – Indicadores para a avaliação e controlo de placa bacteriana

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSPQ – Institut national de santé publique du Québec

ISS – Instituto da Segurança Social

IPB – Índice de Placa Bacteriana

IPNCD – Institute of prevention of Non-communicable Diseases

IVH – Immunodeciency virus human

NCCDPHP – National Center for Chronic Disease Prevention and Heath Promotion

NCHS – National Center for Health Statistic

NIDCR – National Institute of Dental and Craniofacial Research

OEA – Organização de Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PASOP – Projeto Ambulatório de Saúde Oral e Pública

PNS – Programa Nacional de Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

RS – Rede Social

SGSSS – Sistema geral de Segurança Social em Saúde

SNA – Sistema Nervoso Autónomo

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SOCJ – Projeto de Saúde Oral nas Crianças e Jovens

SOCJI – Projeto de Saúde Oral nas Crianças e Jovens com Idades Intermédias

SOG – Projeto de Saúde Oral na Gravidez

SOHIV – Projeto de Saúde Oral em Portadores de IVH/HIV

SOPI - Projeto de Saúde Oral em pessoas Idosas

SOSI – Projeto Saúde Oral na Saúde Infantil

UFP – Universidade Fernando Pessoa

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

WMA – World Medical Association

## INTRODUÇÃO GERAL

O acesso aos cuidados de saúde e a forma como estes últimos são prestados, sempre tiveram, da nossa parte, especial atenção e focalização, mesmo antes de estarmos ligados à área da saúde oral.

As patologias associadas à cavidade oral, a forma como estas se iniciam e se desenvolvem, a forma como cada pessoa lida com estas patologias, os condicionantes sociais, culturais e económicos, decorrentes das mesmas, a forma como a própria sociedade faz o enquadramento do doente, sempre que este padece de alterações fisionómicas altamente significativas, e o contexto dentro do próprio seio familiar, onde estará inserido este doente, agora com limitações ou alterações marcantes, fizeram-nos ainda mais sentir a necessidade de investir e indagar sobre este interminável e incontornável problema social.

Por outro lado, a quase ausência de apoios sociais, as alterações decorrentes de novas leis no que concerne ao pagamento hospitalar, as dificuldades económicas cada vez mais vivenciadas e gritantes, o desrespeito presenciado junto dos mais desfavorecidos e carenciados, dentro e fora do grupo a que pertencem, refinaram o nosso interesse e deram origem à realização deste trabalho. É propósito do mesmo que seja útil para todos os profissionais de saúde, e para todos quantos apostam na formação e no conhecimento científico e aos que se empenham e dedicam à ajuda, ao voluntariado, ao serviço ao outro, neste que é um mundo altamente seletivo e demasiado castrador.

A saúde oral, enquanto ciência e área médica, é muitas vezes negligenciada por parte dos órgãos competentes. Constata-se que esta postura leva a uma diminuição nas consultas dentárias e nos tratamentos daí decorrentes, o que por si só implica um estado dentário calamitoso na generalidade da população. Independentemente de alguns esforços realizados por parte das pessoas no sentido de “apostar” numa saúde oral

minimamente aceitável, quando nos transpomos para uma população fundamentalmente constituída por elementos carenciados, ou em situações problemáticas, designadamente portadores de doenças infetocontagiosas, toxicodependentes e prostitutas, verificamos que estes, não têm quase nenhum meio para poder recorrer a um tratamento digno e correto nesta especialidade médica. Os custos associados são significativos e a quantidade de peças a intervencionar são, na maioria dos casos, muitas, diminuindo ainda mais o interesse ou possibilidade pelo tratamento. Normalmente tenta-se que esta população seja encaminhada para algumas das instituições sem fins lucrativos, que existem na nossa sociedade, onde os serviços são quase gratuitos; ou para locais onde os valores praticados para realizar os tratamentos necessários sejam mais compatíveis com o poder económico desta população; ou, ainda, tenta-se alertar para a situação grave que apresentam e incentiva-se para uma melhor higienização, sendo que, numa grande parte dos casos, a solução passa apenas pela exérese das peças dentárias. Independentemente do que é verificado durante todo o rastreio, é sempre imperativo apostar na prevenção e promoção da saúde oral, acreditando que desta forma, e em alguns casos, se pode fazer alterar a prevalência das patologias orais e melhorar a qualidade de vida destes elementos desfavorecidos.

Este tema, muito abordado mas muito pouco adaptado, no seu cerne, às necessidades existentes e cada vez mais urgentes, por razões políticas, sociais e por hábitos culturais, entre outros, parece levantar questões demasiado perturbadoras. A reflexão sobre estas questões, pouco animadoras sob o ponto de vista da saúde pública, poderá ser por si só um campo de trabalho na resposta ao quase ausente acesso equitativo à saúde oral por parte destas pessoas.

A objetividade, a eficácia, a conduta, a forma como cada profissional atua, as condições em que os utentes são atendidos e a forma como posteriormente é conduzido todo o seu processo, continuam a ser algumas das variáveis mais marcantes neste vastíssimo processo de acesso à saúde. O que se constata é que estas condições são altamente variáveis, o que implica resultados também eles distintos e portanto de difícil avaliação, o que posteriormente acarreta conclusões discrepantes atendendo à realidade existente. Daí, parecer ser importante meditar sobre todos os fatores que direta ou indiretamente, intervêm neste problema, para que se possa efetivamente aferir da realidade existente e, se possível, alterar comportamentos, programas, pensamentos, em prol do que se

pretende definitivamente obter: condições de acesso melhoradas, exigentes e dignas para todos!

Foi muito gratificante poder elaborar este trabalho! Apesar de todas as dificuldades encontradas, nomeadamente de ordem burocrática, por vezes difíceis de ultrapassar, ou as características peculiares da própria amostra, que apresentou comportamentos em alguns momentos de difícil compreensão e elementos bibliográficos muitas vezes pouco conclusivos, bem como os contratempos académicos que foram surgindo, entendemos que valeu a pena ter optado por uma atitude otimista e persistente, e apostar no que realmente para o investigador era o mais importante, de forma a, no final, podermos tirar as conclusões válidas, sendo e como já referido, condicionadas pela população-alvo que avaliamos.

Esta investigação doutoral, entendemos que, servirá como um complemento fundamental para o saber especializado em medicina oral, ao fornecer um outro saber, centrado no sempre sentido desajuste entre o saber médico, as políticas sanitárias e a realidade social. O seu conteúdo poderá, assim entendam bem, possibilitar uma consulta rápida e eficaz quando se deparam com dificuldades acrescidas na recolha de conceitos, problemáticas e resultados, diretamente relacionados com este tipo de população.

Na organização e desenvolvimento desta pesquisa houve necessidade de a subdividir em capítulos, de forma a distinguir o contexto teórico e o que efetivamente foi o trabalho de campo, com os respetivos resultados devidamente tratados.

Assim, temos:

Na primeira parte do trabalho, um Primeiro Capítulo – capítulo introdutório –, onde podemos encontrar as definições úteis ao entendimento de todo o enquadramento da investigação. O objetivo é dar a conhecer o que se pode esperar ao longo deste “caminho”, abordando temas como o enquadramento social e os conceitos operativos que se demarcam. Aqui explanamos a necessidade imperiosa de uma avaliação clínica que se fundamente numa orientação e pensamento Holísticos. Aparece como base de trabalho de terreno a urgência desta abordagem, para atingir a excelência da relação médico / doente e consequente melhoria do estado de saúde dos utentes. Mesmo que se verifique uma vontade explícita desta abordagem em alguns autores, parece que uma parte dos “técnicos de saúde” continuam afastados desta realidade, problema que nos

desafia para a investigação empírica. Neste capítulo, consideramos importante e de grande interesse fazer uma abordagem a alguns conceitos sociais e culturais, para melhor entender o que é constatável na população estudada em trabalho empírico.

No segundo Capítulo, procurou-se focalizar o interesse na importância da antropologia na saúde e em particular na saúde oral. O sistema de construção social sobre a normalidade e a anormalidade, os contextos culturais onde os atores sociais interagem e onde interpretam e praticam a sua vida quotidiana, fornece-nos elementos de enquadramento para o estudo da nossa amostra. Ao mesmo tempo, a investigação antropológica, com a sua metodologia muito específica de trabalho de campo, possibilita-nos uma compreensão diferente dos sentidos da saúde e da doença, como é o caso particular desta investigação em saúde oral. Também a antropologia e a sociologia têm singulares preocupações sobre a questão das políticas de saúde e sobre a diversidade cultural dos utentes. Sendo assim, a promoção, os tratamentos, o acesso, as vivências, as políticas postas em prática, e todos os indicadores que possam fazer a diferença para melhorar o contexto atual da saúde oral, foram tidos em conta e, portanto, aqui focalizados.

Desta forma, tomando por base a amostra definida para esta investigação, no Terceiro Capítulo, partimos do impacto da doença na economia portuguesa, para analisar as políticas e ferramentas usadas para se tentar alterar a realidade existente entre esta população e o seu acesso à saúde. O que se procura aqui é verificar a possibilidade de uma equidade no acesso à saúde oral. Serve ainda este capítulo, para demonstrar a importância do próprio conceito de saúde, e como este conceito leva a ter particulares preocupações quando estão em causa grupos desfavorecidos. Os direitos e deveres a que toda a sociedade está sujeita, foram avaliados e analisados a partir desta premissa da relação entre equidade e grupos desfavorecidos. A ideia de equidade e de saúde, como bens essenciais, criteriosamente selecionada, coloca-nos desafios quanto ao sentido de justiça e de cooperação necessários, tanto nas políticas institucionais de saúde, como nas práticas clínicas dos profissionais e na assunção, por parte destes, das suas responsabilidades sociais.

Na segunda parte do trabalho, empírica e dirigida para o trabalho de campo, procurou-se no primeiro capítulo, fundamentar a opção da amostra e respetiva população-alvo. Também aí desenvolvemos os principais problemas que se pretendem atingir e a que se

pretende dar resposta, se possível; os objetivos, os recursos usados e todas as limitações encontradas, umas diretamente relacionadas com a referida população e, outras, com todas as vicissitudes organizacionais, académicas e administrativas, desde o início deste trabalho. Na realidade várias questões de ordem burocrática se criaram em torno do estudo agora apresentado, nomeadamente as decisões sobre as autorizações de instituições acolhedoras, etc.

No segundo capítulo, desta segunda parte, fizemos uma abordagem à metodologia usada e como esta foi aplicada no terreno. Houve ainda necessidade de explicar quais as principais variáveis em estudo e as que foram possíveis aplicar, atendendo à população-alvo. A análise estatística dos resultados obtidos, e o seu tratamento, foi aqui incluída, pois era importante o enquadramento do universo de investigação e os resultados obtidos, tendo em conta as variáveis em estudo.

Os resultados gerais, enquadrados no ambiente sociocultural, alguns relatos de vida e as responsabilidades atribuídas a todos os intervenientes, constituem o terceiro capítulo, desta segunda parte. Foi interessante verificar que toda a zona envolvente e o que desta decorre tem uma influência nesta população, dando-nos a oportunidade de acrescentar alguns dos relatos vivenciais.

Os planos de saúde oral existentes, o que destes se pode beneficiar e o cumprimento das obrigações associadas ao acesso a estes planos, foi o assunto apresentado no quarto capítulo. Era importante saber exatamente o que tem vindo a ser colocado em prática para melhorar o acesso à saúde oral, designadamente em populações marginalizadas, aferindo-se também o que por parte destes é entendido como benefício ou prejuízo.

O capítulo cinco centra-se nas conclusões e resultados finais, onde se procura demonstrar o que foi proposto no início deste trabalho de investigação. Os dados recolhidos e organizados foram colocados em diálogo com o que anteriormente havíamos levantado na investigação bibliográfica, de modo a obter, ou não, alguma consonância com os autores apresentados, onde tais questões foram anteriormente levantadas. As informações que complementam ou infirmam a investigação anterior, e demonstrem a necessidade de uma intervenção diferente ou diferenciada, mereceram particular atenção com vista à construção de eventuais novas propostas.



Seria importante referir que todo este trabalho de investigação decorre de um dos seus principais objetivos – percorrer sobre a saúde oral nos mais carenciados. Um objetivo, muitas vezes difícil de operacionalizar, pois os conceitos nem sempre são uniformes e nem sempre têm em conta os fatores envolventes que se relacionam diretamente com o problema, o que por si só nos dificulta uma conclusão quanto aos resultados. Os resultados de uma investigação neste campo apelam para uma constante e audaz alteração das condições políticas, sociais, culturais, familiares, económicas desta população. Mas, na realidade, não podemos esperar que algo de muito diferente se possa efetivar, atendendo às condições existentes, quer no que respeita aos fatores apresentados, quer atendendo a todo o enquadramento ambiental, cultural e social dessas populações. Atendendo a tudo isto, é obrigatório apostar em estudos dinâmicos, que se desmarquem pela contínua análise empírica.

Tendo em conta o anteriormente referido, entendemos ser necessário rever os comuns conceitos de justiça social e ver como o conceito de equidade se posiciona no âmbito do acesso à saúde. É fundamental para todos, quer na promoção da qualidade de vida, quer, nas cada vez mais sentidas, necessidades dos utentes. A reflexão aqui lançada a todos os profissionais de saúde e aos demais é fundamental para a consciencialização do que a realidade demonstra. Trabalhar junto destas populações torna-se diferente, pela diferença marcante das mesmas. Tentamos lançar e deixar ainda em reflexão algumas das eventuais propostas/ alterações que possam existir, para que eventualmente se consiga melhorar a forma como decorrem os Programas de Saúde Oral, a Intervenção Social e Familiar, bem como as atitudes comunitárias, que de alguma forma podem ser extrapoladas para a população em geral. Este foi o nosso objetivo no sexto capítulo.

Entendemos que este trabalho de investigação contém informações fundamentais para mudar/alterar mentalidades e práticas, de forma a poder encarar a doença/saúde nestas populações com mais otimismo, ao mesmo tempo que levante questões quanto ao acesso justo e equitativo às terapias e à educação sanitária. Tal objetivo deve concretizar-se colocando em consonância saberes médicos e políticas de saúde, transformações sociais, organização económica e família/comunidade, onde as disparidades sociais e os estigmas possam ser superados.

Aceitaremos com o máximo de humildade e agradecimento, todas as propostas que surjam entretanto e que possam contribuir para uma mudança urgente nos

comportamentos, cada vez mais desumanizados e humilhantes a que constantemente, assistimos.

Permitam-nos adiantar sobre a necessidade de haver grandes transformações socioeconómicas, políticas e familiares, no contexto da Saúde Oral, para que se consiga, no mínimo, obter resultados razoáveis entre esta população portuguesa tão desfavorecida.

## **PARTE I**

### **CAPÍTULO I - CAPÍTULO INTRODUTÓRIO**

#### **1.1. Definição da problemática e dos conceitos**

Este trabalho, intitulado “*O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização*” é um trabalho de Investigação académico, onde pretendemos pesquisar uma tese, que mais à frente apresentaremos, mas que tem também por fim, com os seus resultados, consciencializar os especialistas e a população, em geral, para este “flagelo” que é o difícil acesso à saúde oral no serviço público e, ainda mais grave, o quase inexistente acesso à saúde oral por parte de pessoas que vivem em contextos de marginalização. Esta realidade social, facilmente constataável, aparentemente, está desajustada ao que nos é transmitido pelos decisores políticos responsáveis por estas questões! Os dados recolhidos em trabalho empírico e sustentados pelo conhecimento científico disponível terão de ser confrontados com as políticas sociais e sanitárias disseminadas e aplicadas.

Sendo que o campo de trabalho se faz dentro da prática da medicina dentária, com tudo o que isso significa de aporte teórico e conhecimento científico médico, o espaço para a nossa reflexão e aprofundamento da tese que iremos propor é o das políticas de saúde e o como elas podem e devem ser relacionadas e construídas dentro das práticas e perceções socioculturais. Daí o nosso projeto se realizar no âmbito das ciências sociais. Assim, tentaremos, de forma extensiva, enquadrar este estudo nos mais variados contextos teóricos, nomeadamente, no contexto fisiológico, social e cultural, económico, familiar, geográfico, ambiental, entre outros. Esta visão holista e transdisciplinar da questão que queremos estudar permite-nos uma melhor possibilidade de explicar como é que estes contextos podem ou não contribuir para o aparecimento e manutenção da problemática dos processos de marginalização em saúde. A questão sanitária da saúde oral dentro dos processos de marginalização e de auto marginalização, nas relações sociais entre os membros de uma determinada população ou de uma minoria, impõe-se como um objeto de estudo incontornável, tão grave se nos

apresenta a situação, como tão esquecida está pelos decisores e pelas instituições públicas.

Associado aos problemas de acesso aos cuidados de saúde oral, que se colocam a toda a população, temos, neste caso, todas as patologias que decorrem e que diretamente se relacionam com os processos de “discriminação”. Patologias que a sociedade usa para “justificar” o processo de marginalização e patologias que derivam ou se agravam com a manifestação desses processos. Uma das consequências está diretamente ligada à auto-identidade e autoestima dos utentes que são vítimas da marginalização. Consequências que se refletem no acesso aos cuidados de saúde, tanto como os utentes marginalizados os procuram, como nos limites colocados pela sociedade e instituições sanitárias.

No âmbito do nosso tema é fundamental colocar um conceito que, na maior parte das vezes, está associado a grupos de utentes e a classes sociais com poder social e económico. Falamos do conceito de “qualidade de vida”! Se bem que a OMS – Organização Mundial da Saúde – propõe e defende nos seus documentos o objetivo da qualidade de vida como ponto central dos cuidados de saúde, a sua efetivação é problemática e difícil em contextos sociais, económicos e sanitários desfavorecidos. Fomentar a qualidade de vida entre os utentes servidos pelas instituições de saúde obriga a um planeamento e a uma filosofia de procedimentos que abarque a totalidade dos atos médicos e institucionais, assim como pensar a saúde para além e antes da doença. É assim que apenas uma visão holista e transdisciplinar permite averiguar e implementar esses procedimentos. E é com esta convicção que se pode falar de promoção da qualidade de vida em serviços sanitários que envolvam grupos sociais e comunidades desfavorecidas ou marginalizadas.

Cada vez mais as instituições de saúde se interessam pela prestação de serviços de saúde que fomentem a qualidade de vida. No entanto e apesar deste grande interesse demonstrado pelas instituições privadas e públicas, ainda muito pouco há de significativo e conclusivo realizado, pois há uma tendência para se direcionar o plano de cuidados, quase em exclusivo, para o tratamento, descurando quase por completo a promoção e a prevenção na saúde. Na saúde oral tudo se passa de igual forma. De facto trata-se rapidamente uma cárie, mas os programas de promoção e prevenção, desta que é uma patologia com elevadíssima prevalência, são ainda escassos. O mesmo se diga sobre a avaliação destes programas, que raramente são auditados, de forma a aferir

quanto aos seus resultados! Assim, e dentro da saúde oral, descorando-se o que parece ser o melhor dos meios – a prevenção e promoção – pode-se incorrer no perigo de não se detetar precocemente patologias nefastas, e que estão diretamente relacionadas com uma problemática observação e tratamento precoces (OMS, 2004; WHO, 2006, 2010).

Centremo-nos, agora, na base fisiológica do nosso estudo. A análise da cavidade oral, e o seu intrínseco contexto dentro da saúde oral, tem a ver com tudo o que se observa de forma direta, apenas olhando; com tudo aquilo que está por detrás dos lábios, portanto todo o meio circundante, nomeadamente, os lábios, as peças dentárias, o palato duro e mole, todas as mucosas existentes, e diferentes quanto ao seu comportamento, sempre que sujeitos a “traumas” ou “agressões” diferentes, as glândulas salivares, a língua, o assoalho da boca, e tudo que direta ou indiretamente possa alterar o estado geral que se entende como o mais favorável. A alteração dos tecidos está relacionada, tal como foi anteriormente referido, com para funções, modificações oclusais, com hábitos de higiene ou de consumo, entre muitos outros, e, tudo indica, dificulta/condiciona severamente todo o comportamento alimentar e portanto, põe em causa o aparelho digestivo, o aparelho estomatognático, ou seja, a totalidade do sistema orgânico humano, pois àqueles interligado. Enfim, estas alterações dão origem a um sem número de anomalias, a desenfreadas e descontroladas modificações, que muitas vezes se tornam irreversíveis, nomeadamente quando relacionadas com alterações significativas nas fundamentais peças dentárias, que devem ser as menos atingidas, segundo os padrões ideais de saúde oral (INSPQ, 2003; OMS, 2004; Shay & Ship, 2010).

Não se pretende nunca esquecer que a boca, constituinte do aparelho digestivo e o que dá início a todo o processo digestivo, constitui um elemento de avaliação constante, sob o ponto de vista social, cultural, económico e sanitário de toda a população. Essa é a razão pela qual se tenta dar grande ênfase e grande importância à cavidade oral, socialmente apoiada, pelo seu papel fundamental na integração social, familiar, escolar, política entre outras (Paixão & Cachapuz, 1999).

É desta forma que importa ultrapassar a base fisiológica do nosso estudo e integrarmos a perspetiva das ciências sociais. Todos os elementos indicados são nefastos para toda a população, mas, em particular, para a referida população marginalizada. É importante salientar que apesar da grande dificuldade sentida por todos os que pertencem a uma sociedade tida por normal, no que respeita aos condicionalismos colocados pelas

anomalias orais, essa dificuldade aumenta exponencialmente nos grupos sociais marginalizados, pois neles os condicionalismos sociais, culturais, económicos e mesmo familiares, agravam os efeitos das anomalias referenciadas, sendo que o edentulismo, algo muito comum nesta população, por exemplo, continua a ser um obstáculo para a Integração social/familiar (AHMAC, 2006; WHO, 2003).

Estudos realizados em comunidades fora do nosso âmbito nacional demonstram que a intervenção em espaços comunitários, onde a identificação das principais características culturais e sociais são surpreendentemente determinantes para o desenvolvimento de programas e projetos em saúde, necessita de uma maior aproximação dos profissionais de Saúde, em ações comunitárias, junto das populações mais carenciadas. Isto sem que se coloque em causa a individualização pretendida e se consiga prestar todo o tipo de apoio específico, atendendo aos custos a este associados e sempre tendo por base de pensamento: melhoria de Qualidade de Vida, mesmo que, em circunstâncias, muitas vezes, adversas (Calvez, 1998; Csordas, 1990; Dowsett, 1996; Flowers, 2000).

O trabalho em espaços comunitários, ou em micro grupos, atendendo aos fatores sociais e culturais que os informam e ao contexto em que se afirmam, coloca o investigador como o profissional de saúde – perante questões que determinam o êxito da sua compreensão dos comportamentos sociais aí expressos. No caso do nosso campo teórico, os atos discriminatórios da sociedade ou de uma parte dela, possivelmente menos informada ou insensível à dor e dificuldades de outrem (Joyce, 2005), devem ser entendidos no contexto social e cultural em que se manifestam, e analisando os elementos invocados, sejam eles materiais ou simbólicos, bem como institucionais. Um dos elementos marcantes que vai condicionar e determinar os sentidos simbólicos e as organizações institucionais é o de uma suposta “normalidade” do corpo. Há uma estética corporal determinada, seja pelo ideal cultural da comunidade, seja pelo paradigma momentâneo da moda. As manifestações/alterações/modificações dos sinais físicos e psíquicos associadas às variadas doenças ligadas aos marginalizados, implicam duas ordens de organização relacional: a do marginalizado consigo mesmo, por fracasso, dado não corresponder a uma estética estabelecida, deixando de comunicar e de participar no espaço social; e a da própria sociedade, que se relaciona com essa “anormalidade” definindo espaços para o desvio e construindo modelos de relação que institucionalizam o estigma. Estes corpos estigmatizados refletem na maior parte das

vezes distúrbios funcionais e biológicos, quase sempre decorrentes apenas de carências alimentares, do inexistente hábito de cuidados de higiene pessoal e dentária, e da própria falta de uma relação de humanidade nos serviços de saúde (Batista, 2007; Candeias, 1997; Denning, 2004; Ferreira, 2006). Estes serão fenómenos de atenta observação no trabalho que aqui se propõe.

Para que possamos também entender todo o processo de marginalização é necessário entendermos o conceito de exclusão social. Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas de uma lógica que está presente nas várias formas de relações económicas, sociais, culturais e políticas da sociedade. Inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade e não acessibilidade. Dois aspetos primordiais são considerados como base da cidadania: a possibilidade de acesso de toda a população a um determinado padrão de qualidade de vida comum de um referido grupo social, e às possibilidades objetivas da população decidir sobre os destinos e os rumos da sociedade em que vive. Essa condição mínima para as pessoas conseguirem uma qualidade de vida aceitável dentro dos parâmetros de cidadania vai além da manutenção da vida orgânica, dada pela satisfação das necessidades alimentares e nutricionais elementares, estando também intimamente ligada à obtenção de rendimentos e de educação com qualidade, pois sem esses princípios a inserção na sociedade e no mundo do trabalho torna-se precária. Tanto a aceitação do destino e da fatalidade, como o não acesso, pela falta de rendimento económico, aos bens materiais e simbólicos que a sociedade pode oferecer, são formas expressivas de manifestação da exclusão social. Na sociedade atual, o Estado seria o responsável pela função redistributiva, pois ele deveria assegurar as políticas globais e articuladas como moderadoras das desigualdades sociais e económicas, e responder aos aumentos das demandas no contexto de uma maior divisão do trabalho e expansão do mercado, na sociedade das massas. O adjetivo “marginal” transforma-se em substantivo que classifica um grupo/minoria, “os marginalizados”, para acabar por designar um processo, a “marginalização” (Dupas, 2000).

No sentido que a sociologia atualmente lhe confere, a marginalização é uma consequência da exclusão social. Começa-se por se ser excluído por determinado motivo e termina-se sendo marginalizado. Estes conceitos surgiram em França na década de 50, quando os sociólogos foram despertados para o aumento das populações

situadas fora do mundo do trabalho, constituindo uma pobreza que os economistas classificavam como residual. Nessa época, começa a tornar-se visível o empobrecimento acentuado de uma parte considerável da população francesa em relação à prosperidade de uma outra parte. Hoje em dia, a marginalização ocorre não só devido a fatores económicos, mas também devido a fatores sociais e políticos. No entanto, a palavra “marginalização” continua a ser utilizada para expressar o processo pelo qual passam determinados grupos de jovens em busca de trabalho; indivíduos situados abaixo da linha da pobreza, entre outros grupos que foram de alguma forma excluídos dos processos sociais, económicos e culturais de desenvolvimento. Neste sentido, o marginalizado seria um ponto intermédio, uma fase mais ou menos passageira, entre a integração e a exclusão mais definitiva, combinando-se também uma marginalização “voluntária” e outra imposta. E aqui temos, talvez, as figuras mais representativas do que usualmente se chamou de “nova pobreza”, que eram os trabalhadores qualificados expulsos do seu trabalho devido às reconversões industriais e às alterações tecnológicas. Ou seja, alguns dos pequenos empresários, comerciantes, artesãos e profissionais sem possibilidade de adaptação, pessoas, especialmente mulheres, que tendo responsabilidades familiares não podiam obter trabalho ou que o perderam, pessoas que se endividam para além das suas posses. Na realidade esta perspectiva da “nova pobreza” foi submetida a duras críticas por parte dos que lhe atribuíam uma utilização política, um desvio em relação à pobreza estrutural e permanente, um disfarce de origem neoliberal, com um regresso às práticas de assistência social de tipo individual e que acabou por ser rapidamente ultrapassada pelo conceito de exclusão (Bursztyn, 2000).

Intimamente ligado ao conceito de “exclusão social” está o de “estigma social”, quando sobre o excluído se constroem discursos e classificações, na base de que a pessoa ou grupo sobre o qual versa o estigma tem características diferentes dos grupos ou pessoas “normais” da sociedade, características, essas marcadas pela negatividade. Estigma social é uma forte desaprovação de características ou crenças pessoais que vão contra normas culturais. Os estigmas sociais, frequentemente, levam à marginalização e podem ter origem em deficiências físicas ou mentais, doenças infetocontagiosas, homossexualidade, criminalidade, pertença a uma minoria religiosa ou étnica (Heatherton *et al.*, 2000).



Embora as características sociais específicas que se tornaram estigmatizadas possam variar, existem três formas básicas de estigma: as que se baseiam na deformidade física, nas características pessoais depreciadas e no *status* social desviante. São encontradas em todas as culturas e épocas, levando alguns autores (Silveira *et al.*, 2001; Monte, *et al.*, 2009) a teorizar que a tendência para estigmatizar possa ter raízes evolucionárias.

Há, também, estigmas de comportamento que definem e limitam aspetos da vida quotidiana. Apesar desses estigmas enfraquecerem com o tempo e a evolução das mentalidades e da cultura de cada ser humano, não desaparecem definitivamente, continuando a existir, mesmo quando reprimidos pelo que é socialmente correto (Goffman, 1963).

A exclusão social e a discriminação podem acontecer, como já dissemos, pela pertença a pequenos grupos étnicos ou a grupos religiosos minoritários dentro da sociedade. Interessa-nos, na nossa investigação ter em atenção estes fatores, que serão analisados e correlacionados, para, desta forma, se poder tirar algumas conclusões e ilações sobre as consequências que esta pertença minoritária tem na marginalização e discriminação no acesso aos cuidados de saúde oral. Uma discriminação passa tanto pelos problemas de atendimento nas instituições prestadoras de serviços de saúde, como pelo conhecimento / desconhecimento que os utentes nestas condições têm dos seus direitos e dos mecanismos de acesso a estes cuidados de saúde, bem como pela própria perceção que o utente/doente/marginalizado tem do seu próprio estado de saúde e das suas reais necessidades. Tudo isto deve ser tido em conta quando se pensa em políticas de equidade social no acesso à saúde (Turner, 2003).

Todos os grupos sociais “marginalizados”, com o tempo, tornaram-se nas chamadas “minorias”, criadas em função da exclusão social e resultantes de processos de estigmatização (Moscovici, 2011). Estas, pelas suas próprias características, são grupos fechados, pelo que se torna difícil o acesso do investigador às mesmas, para obter a informação que se procura. Estes grupos, na maioria das vezes, apenas nos dão acesso às informações que lhes parecem ser as mais indicadas. Tal facto faz do processo de recolha de informação algo muito difícil, o que exige, na maioria das vezes, estratégias de aproximação exigentes e demoradas. E é nestas estratégias onde a metodologia e técnica de campo antropológicas em muito podem ajudar! Desta forma, se a recolha for bem executada e convenientemente tratada, os seus resultados irão contribuir de

sobremaneira para um melhor e maior esclarecimento do que se procura investigar. Parece-nos, por isso, interessante a utilização desta metodologia, pois ela poderá no final do nosso trabalho dar indicações que ajudem os profissionais de saúde a trabalhar de forma diferenciada e apoiada, nos utentes que vivem situações de exclusão social.

Nos países desenvolvidos, as minorias são identificadas como grupos em desvantagem numérica, económica ou social, com menos oportunidades de trabalho e educação e são frequentemente discriminadas e exploradas economicamente. Neste contexto, o termo "minorias", nos EUA, e em sociedades ditas desenvolvidas, é utilizado com esta conotação, tanto política como numérica, relativamente a grupos étnicos menos favorecidos em oportunidades, como as comunidades afro-americana, africana, asiática ou latina. Ainda nos EUA, as comunidades judias e nipo-americanas são muitas vezes rotuladas como minorias, mas rapidamente entendidas, mesmo dentro do mesmo contexto, como grupos “normais” pois são economicamente prósperos e já ocupam faixas de classes média e alta. Muitas vezes o termo “minorias” refere-se tanto a um grupo, como a um indivíduo pertencente a esse grupo, e frequentemente tem associada uma noção de classe social. Esta realidade reforça a ideia de que o termo “minorias” tem também muito a ver com questões económicas, sociais e políticas, como era perfeitamente espectável e dentro da própria definição aceitável. Sob outros pontos de vista, nem sempre as minorias numéricas preencheram o quadro anterior. Pelo contrário, foram politicamente dominantes e economicamente privilegiadas. Foi o caso histórico do colonialismo por parte das potências europeias, em que maiorias de indianos, africanos, e de outros povos, foram subjugadas económica e politicamente por uma minoria que representava, por vezes, menos de 1% da população total do país em causa. Outras vezes, são minorias políticas e de classe camufladas que exercem de facto o poder, tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento. Segundo alguns autores, nos EUA, a ideia generalizada de uma maioria dominante de Brancos Anglo-Saxónicos Protestantes é na realidade traduzida num grupo minoritário, política e economicamente dominante (Barzilai, 2003).

A partir da definição dos conceitos operativos que utilizamos neste estudo, anteriormente desenvolvidos, vemos que o grupo ou indivíduo socialmente excluído se insere numa sociedade onde faz e interpreta a “pertença” a um grupo minoritário, de diferentes formas. Enquadrado num determinado grupo, seja pelas suas características

étnicas ou pelos estilos de vida diferentes daqueles que a sociedade indica como sendo as normais, o grupo ou indivíduo vê-se rotulado de marginal, pois a sociedade onde se insere assim o classifica, atendendo às suas características. Nestas situações a repulsa por parte da sociedade “normal” é notória, o que despoleta nos mencionados marginalizados mais revolta e vontade de serem mais “notados”, através de comportamentos ou adereços identitários provocatórios (Cardoso, 1977).

Ao termos como campo de estudo a relação de grupos sociais marginalizados pela doença, seja porque a sua condição social os coloca à margem da sociedade e com dificuldades de acesso aos cuidados sanitários, seja porque a doença de que são portadores, pela carga simbólica negativa que tem, os marginaliza, ou ainda, quando as duas situações anteriormente referidas se conjugam, estamos a lidar com questões que criam grupos minorizados. Um grupo social minorizado não significa o mesmo que uma minoria, mas quase sempre se constitui, dentro do processo de minorização, como minoria. Assim, para o desenvolvimento do nosso projeto teórico são importantes alguns conceitos, como sejam o de grupo social marginalizado e o de minoria social.

## **1.2. Cuidados em saúde oral e acesso**

A definição de saúde, como temos oportunidade de confirmar no decurso deste trabalho, é sempre de alguma ambiguidade, pois a introdução ou não de fatores extrínsecos e/ou intrínsecos acaba por deformar aquilo que se pode entender como estado de saúde. Assim, o que entendemos ser o conceito mais amplo e por nós tido como o mais abrangente, centra-se na definição dada pela OMS, pois não retira a necessidade de um perfeito bem-estar físico, social e mental, para que se obtenha uma ausência de doença. Importa salientar que mesmo esta, que aceitamos como a mais completa, é altamente discutível e posta em causa, levantando-se vozes, no sentido do esclarecimento do que é o bem-estar e o que isto traduz em termos de saúde social ou mesmo mental. A relação entre saúde / doença, e capacidade de definir um projeto de vida, coloca-se como um dos campos mais desafiadores para a definição de bem-estar.

Quando o tema de investigação proposto tem por amostra grupos e indivíduos socialmente excluídos, que por isso mesmo se transformam em minorias sociais marginalizadas, nomeadamente na sua relação com os serviços sanitários, no nosso caso a saúde oral, importa, para o desenvolvimento de uma investigação aprofundada,

verificar a existência de políticas sociais que tenham em conta estas populações, e a qualidade da sua aplicação e eficácia, no caso de existirem. As políticas sanitárias assumem particular importância no desvelar das preocupações que uma sociedade tem – através das decisões dos poderes políticos institucionalizados – para com uma determinada patologia ou grupo de doentes (classificado por grupo etário, de género, económico, etc.). Desta forma, podemos aquilatar do investimento numa ou outra patologia, usando argumentos de defesa da saúde pública ou outros; podemos analisar as possíveis decisões discriminatórias baseadas em razões de urgência ou de pertinência sanitária; podemos, enfim, ver como as instituições de serviço público valorizam a equidade e justiça no acesso à saúde, pois a qualidade de vida dos cidadãos está ligada à qualidade e eficiência das políticas sanitárias no que se refere tanto à implementação de qualidade nos serviços de medicina, como ao acesso justo e equitativo a esses serviços.

A equidade em saúde é um conceito fundamental, particularmente no campo ético. O departamento de Ética, Equidade, Comércio e Direitos Humanos, da OMS, define a equidade como a *“ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis em saúde entre grupos de população”*. Ou seja, as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas. O facto de identificar as diferenças em saúde como não-equitativas não representa uma prescrição objetiva ou material, mas necessariamente implica apelar a normas éticas. A responsabilidade primária na proteção e ampliação da equidade em saúde depende, em primeira instância, dos governos nacionais. A equidade em saúde não se pode preocupar apenas com a desigualdade na saúde ou na atenção à saúde, pois deve ter em consideração que a saúde é um bem especial, cuja distribuição equitativa é responsabilidade das autoridades políticas. Existem duas razões principais para isso: a saúde é parte constitutiva do bem-estar das pessoas; e a saúde habilita as pessoas a atuar como agentes sociais. A iniquidade em saúde afeta fundamentalmente o compromisso com a liberdade, a justiça social e os direitos humanos. E quando a iniquidade emerge, isto significa que a gestão do governo falhou nas suas responsabilidades básicas. No entanto, na relação entre saúde e ação social, as causas não são unidireccionais: a equidade em saúde resulta da gestão pública, assim como também é um pré-requisito para que os grupos de população participem do fortalecimento dos seus direitos e no controlo sobre seu trabalho e sobre a sua vida (Solar & Irwin, 2007).

Assim, as condições e o contexto de acesso aos serviços de saúde, a consciência do necessário conhecimento sobre a doença, por parte do utente/utilizador, a sua perceção quanto à necessidade em recorrer aos profissionais da saúde, e os impedimentos presentes em muitas situações, serão tidos em conta durante este estudo. Tratando-se de indivíduos socialmente excluídos, a pertinência da questão da equidade e justiça no acesso aos cuidados sanitários é por demais evidente. É para nós de extrema importância o conhecimento do que se fez, do que se está a fazer e do que se pretende ver executado, em torno da questão do acesso aos cuidados de saúde de grupos e indivíduos socialmente excluídos.

A análise da qualidade dos serviços de saúde prestados a estes grupos passa, em grande medida, pela minuciosa observação de todos os intervenientes. Há uma dificuldade notória, tendo em conta a especificidade de se tratar de um grupo socialmente excluído, em nos inserirmos no próprio terreno em que estes grupos interagem, onde a ambiguidade dos dados recolhidos se pode refletir nos resultados quantitativos e qualitativos. O investigador deverá estar atento a esta dificuldade, para que a verificação da qualidade dos serviços possa ser contextualizada na complexidade do campo de estudo e de aplicação das políticas sanitárias.

A investigação para a nossa tese encontra também uma base institucional e especializada. O que se pretende é desenvolver um estudo, dentro do campo da saúde oral, onde nos formamos e onde exercemos a nossa profissão, capaz de verificar os mais variados problemas de acesso à saúde, designadamente em Portugal. O que se refere à saúde oral é o problema que tem suscitado nos últimos anos mais preocupação, seja pela falta desse acesso por parte de populações mais desfavorecidas, seja pelo facto de o desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde oral ter confirmado e aprofundado a importância de uma boa saúde oral para a qualidade de vida dos utentes. Os decisores têm, a nível internacional e nacional, criado instrumentos legislativos e organizacionais para suprir as debilidades dos sistemas nacionais de saúde. Importa aquilatar da sua aplicação e sustentabilidade social e económica.

Assim, a temática deste projeto de investigação enquadra-se perfeitamente no Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO). Por sua vez a DGS (Direção Geral de Saúde) tem vindo a desenvolver atividades e a modificar algumas das formas de atuação, no sentido de diminuir a incidência de patologias relacionadas com a cavidade

oral. Esse trabalho denota um maior interesse em debelar algumas das grandes lacunas ainda existentes e muito marcantes em toda a população, mas ainda mais marcante nas populações marginalizadas, atendendo a todas as características a estas populações apostas, tal como já referido.

Atendendo ao anteriormente referido, pretende-se com as medidas do Plano uma maior integração e equidade social. Os vários relatórios apresentados pela DGS mostram diferenças no acesso à saúde oral. Pretende-se alterar esta situação, promovendo uma diminuição nas diferenças existentes entre aqueles que sempre viveram à margem da sociedade ou que um dia, por qualquer razão, foram colocados de lado e os que sempre estiveram integrados, ou ainda aqueles que, por terem condições mais favoráveis, seja economicamente, seja por disporem de mais e melhor informação, usufruem de regalias ou usam todos os serviços disponibilizados pelo sistema. É notório que a disponibilização de condições mais favoráveis, inclusive a nível educativo, permite um acesso a cuidados de saúde mais diferenciado e com maior qualidade. No acesso e uso dos cuidados de saúde oral, todas estas questões assumem particular relevância, dada a especificidade das causas e contingências da saúde oral e da perceção das pessoas da sua própria saúde oral.

O direito à inclusão social, nomeadamente no que diz respeito ao atendimento médico especializado em saúde oral, como em todos os outros, pertence a todos quantos se encontrem em território nacional. Esse direito existe tanto na prevenção e promoção da saúde oral, como no tratamento em condições de doença, pois elas podem ser revertidas, alterando assim um dos problemas de saúde pública mais graves em Portugal. É um facto que a legislação e os planos referem este direito e construíram-se para suprir as dificuldades existentes, mas é do conhecimento de todos que a implementação destas políticas passa pela adoção de mais responsabilidades por parte da sociedade, ou seja, quando ela tomar consciência da realidade existente e dos modos de superar as suas próprias debilidades. É neste sentido que a investigação neste campo é extremamente importante, pois contribui com resultados empíricos para a discussão pública, fomentando a adoção de estratégias mais adequadas e implicando intervenientes mais diversos. O carácter transdisciplinar desta investigação nasce da perceção de que ela permite contribuir com mais dados e proporcionar metodologias de trabalho mais adequadas às questões levantadas.

O que referimos anteriormente deve-se ao facto de a nossa opção ter sido, desde o início, trabalhar com pessoas socialmente excluídas, muitas vezes referidas como pessoas marginais e desintegradas, entre muitos outros adjetivos. Por várias razões, como fatores advindos dos seus percursos de vida, da adoção, num determinado momento, de comportamentos fora da legalidade, ou por serem vítimas de doenças extremamente excludentes, estas pessoas ocupam um lugar marginal, seja por vontade própria, seja por força da sociedade onde vivem. Para estudarmos estas populações, tivemos de escolher uma amostra representativa.

Na nossa investigação sobre o acesso à saúde oral de uma população ou grupo desfavorecido / marginalizado, importava ter um universo representativo de pessoas com estas características, onde se pudesse trabalhar uma amostra passível de fornecer os dados requeridos para podermos tirar as devidas conclusões. No devido lugar daremos conta da seleção desta amostra, mas ela deveria fornecer-nos pessoas em situações de marginalização e de exclusão social, seja pelos seus comportamentos e situação social, seja pelas doenças e estados sanitários conotados frequentemente com grupos ou estilos de vida “marginais” e, por isso, sujeitos a exclusão social. Assim, portadores de doenças infetocontagiosas (VIH, Hepatites), alcoólatras, prostitutas/os, toxicodependentes, sem-abrigo, entravam dentro do universo da nossa amostra. Por outro lado, situações e grupos que se apresentavam como “normais” e bem contextualizados dentro da sociedade começaram, por diferentes problemas e diferentes razões culturais, sociais e económicas, a serem também marcadas pela exclusão! A sociedade contemporânea foi construindo, ao longo dos últimos tempos, espaços e discursos sociais que fizeram destas situações um problema à margem das preocupações e interesses dos que detêm o poder. E se bem que se fale destes grupos e dos problemas que os afligem, verificamos na prática como ainda permanecem à margem de uma vida sanitária satisfatória, onde aos direitos proclamados não se junta uma eficácia de intervenção. Falamos aqui particularmente dos “idosos”. Só pelo facto de serem classificados de “idosos”, a estas pessoas se passou a atribuir um papel problemático para a sociedade. Isto porque na sociedade da eficácia e marcada pela produtividade, a idade cronológica que apresentam, a invalidez que lhes antecipou a necessidade de recursos diferentes, ou apenas porque foram colocados ao lado do meio familiar a que pertenciam, fez deles elementos incómodos para essa sociedade. De facto, o conceito de “velho” e o de exclusão social andam frequentemente de mãos dadas. O propósito máximo é a

produção, a perspectiva do trabalho, da conquista, da luta pelo poder, descurando os sentidos da inserção comunitária e da qualidade de vida da sociedade no seu todo, onde todos se sintam integrados e participantes. A sociedade, onde estão inseridos os idosos, já não tem em conta somente a idade cronológica, ou seja, aquela idade que define uma pessoa como idoso, mas todos os sentidos construídos pela sociedade, a partir dos fatores associados ao envelhecimento físico, mental e psicológico e focando-se apenas na deterioração das capacidades produtivas, cognitivas, funcionais e mesmo estéticas (Einarson, 2009; Brennam, 2009).

Quando procuramos trabalhar com este universo, não era de estranhar que alguns dos elementos estudados pudessem estar diretamente relacionados com atos ilícitos. Muita desta população estaria associada a antecedentes criminais, referenciados pela justiça. De facto, logo à partida, a prática ilícita ou os crimes registados pela justiça introduzem estes indivíduos na esfera do que a sociedade classifica como marginal. Mas esta marginalização não acontece pelo simples facto de terem realizado atos ilícitos, pois muitos outros membros da sociedade o fazem e não são necessariamente marginalizados, mas sim pelo facto de estarem e viverem num contexto social onde a evidência dessa ilicitude é mais notória e a própria autoimagem se constrói a partir desse estatuto. Ou seja, estamos num contexto social que marginaliza por si só e constrói a identidade dos indivíduos que nele interagem.



## **CAPÍTULO II - VISÃO ANTROPOLÓGICA DA SAÚDE PARTICULAR SITUAÇÃO DA SAÚDE ORAL**

### **Introdução**

Tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento, existem desigualdades sociais que se denotam altamente incompreensíveis no campo da saúde. Estas ocorrem nos e entre os mais variados grupos sociais, sendo diferenciadas por razões geopolíticas, socioeconómicas, étnicas, etárias, e de género, entre outras.

A Assembleia Mundial da Saúde de 1977 decidiu que o principal objetivo da Organização Mundial da Saúde (OMS), e dos governos dos países membros, nas próximas décadas, seria alcançar saúde para todos no ano de 2000 (WHO, 1979; Sen, 1981). Atualmente, passada já uma década, continua a existir uma grande disparidade sentida, e cada vez maior e mais marcante, tendo em conta a economia atual, na situação sanitária dos diferentes grupos sociais e dos diferentes países (PNS 2004-2010). A este desejo de saúde para todos, junta-se uma focalização na questão do acesso e da equidade: *“A equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento do país”* (PNS 2011-2016).

É do conhecimento geral que, indistintamente, a maioria dos grupos de indivíduos, mas fundamentalmente aqueles que são referidos como os que apresentam as piores condições socioeconómicas, não só sofrem mais precocemente da doença, propriamente dita, como e também, mais facilmente a potenciam pela incapacidade sentida em recorrer aos serviços de saúde e aos seus profissionais especializados. São frequentemente referenciados como elementos com pior qualidade de vida, por isso mesmo.

A prestação de cuidados preventivos aos indivíduos marginalizados é um enorme e reconhecido desafio, avaliando-se este facto pelo trabalho de alguns dos profissionais de saúde que trabalham nesta área: o custo dos serviços de saúde associados a esta população, a limitada disponibilidade por parte dos utentes e dos que prestam os

serviços, o difícil acesso e qualidade dos serviços prestados; e, não menos importante, a relutância demonstrada pelos próprios indivíduos, quanto à forma como são atendidos (Braveman & Gruskin, 2003; Sfeatcu *et al.*, 2011).

A questão da justiça social, em geral, tem marcado grande parte da discussão filosófica, sociológica e política na contemporaneidade. As sociedades democráticas e os valores humanistas de liberdade e igualdade, que estão na sua base, sempre procuraram estabelecer estruturas sociais cada vez mais igualitárias e justas. Esta preocupação filosófica levou à constituição de sistemas políticos onde a organização institucional e o sistema de compromisso social proporcionou os denominados “estados sociais”.

No entanto, a desigualdade prevaleceu tanto nas sociedades menos evoluídas, como nas sociedades mais organizadas, em setores que ficaram à margem do poder político e social, seja porque o estado não foi capaz de colocar em campo as políticas que defendia e propunha, seja porque a própria estrutura social criava e justificava a permanência de grupos excluídos. É neste contexto que a reflexão sobre políticas sociais justas e igualitárias e a sua prática se mantêm pertinentes para uma investigação teórica e prática.

A saúde oral, dentro do contexto geral dos problemas da saúde, é uma das principais questões da saúde pública, devido ao pouco interesse sempre demonstrado pelo poder político e pela população em geral. Não estando consideradas as doenças orais como as que têm maior fator de risco de mortalidade, é notória a despreocupação tida em torno destas, pela própria sociedade. As razões que levam as pessoas a uma procura, especializada e específica, dentro da saúde oral, variam em conformidade com os extratos socioeconómicos e socioculturais. Mas o impacto sentido quando abordamos as doenças orais, na população em geral, é notado como critério de comparação quando colocamos os desfavorecidos face aos e os socialmente marginalizados, pelas mais diversas razões. Encontram-se, assim, resultados de difícil interpretação e sobre os quais não podemos retirar grandes conclusões. As amostras usadas são completamente diferentes e o seu enquadramento terá que ser feito de forma perfeitamente desigual.

O maior dos problemas lançados pelo utente, referido como único, diversas vezes e de diversas formas, prende-se com a dor sentida e o medo pelo sofrimento pré e pós tratamento. A falta de sustentação económica para recorrer aos cuidados de saúde é

outro dos muitos fatores que mais influência tem junto da população, dando origem, sem dúvida a um agravamento significativo, na orgânica existente da cavidade oral, fundamentalmente pela diminuição na qualidade dos tecidos dentários, e, conseqüentemente, na função mastigatória, implicando alterações orgânicas muito marcadas ao nível do aparelho digestivo. Estas grandezas de razão que levam ao parcial ou total descuramento da saúde oral, são notadas em todos os extratos sociais e fchas etárias, mas sem dúvida têm maior variação quando se consideram fatores internos que diretamente se relacionam com a persistência e a incidência das múltiplas variáveis envolvidas.

A inter-relação entre saúde oral e geral é comprovada por evidências científicas e é particularmente pronunciada entre os idosos e os mais vulneráveis. Ao explorar vias comuns na saúde oral-sistémica é claro que a saúde oral tem um importante papel etiológico na patogénese de muitas doenças sistémicas comuns: o bio filme da placa bacteriana oral é uma potencial fonte de inflamação sistémica. As patologias sistémicas que mais provam esta inter-relação com as patologias orais são as doenças cardiovasculares, a diabetes e algumas doenças respiratórias DPOC - doença pulmonar obstrutiva crónica. Aliás, a doença periodontal severa está muito associada à diabetes. Da mesma forma, doenças sistémicas e/ou os efeitos colaterais adversos dos seus tratamentos podem levar a um aumento do risco de doenças orais pela redução do fluxo salivar, havendo a sensação de boca seca ou mesmo xerostomia, os sentidos perfeitamente alterados, nomeadamente o paladar, odontalgias, gengivites, reabsorção do osso alveolar e mobilidade dentária (normalmente decorrentes de periodontite, por interposição de tártaro, entre a peça dentária e a gengiva) (Colosso *et al.*, 2002; Barros, 2002; Cortelli *et al.*, 2004; Alves *et al.*, 2009).

A elevada prevalência de terapêuticas poli-medicamentosas, sobretudo entre os idosos e os doentes portadores de doenças infetocontagiosas, podem complicar ainda mais o impacto que este processo tem sobre a saúde oral. Outras questões relevantes, incluindo-se as dietas, com alto teor de açúcar, em conjunto com uma higiene oral inadequada (por vezes devido a pouca destreza manual ou apinhamento dentário), o consumo de álcool e tabaco, são dos muitos fatores de risco que prejudicam fortemente o ambiente oral (flora oral). A forte correlação existente entre as várias doenças orais e as doenças crónicas não transmissíveis é principalmente fruto do resultado dos fatores de risco que

têm em comum. Muitas doenças sistêmicas têm manifestações orais que aumentam o risco de potenciação das mesmas, que, por sua vez, constituem fator de risco para algumas das doenças sistêmicas. Existe portanto aqui uma perfeita causa-efeito estabelecida e que promove constantes e diferentes sinais e sintomas (Sfeatcu *et al.*, 2011).

Entre as pessoas institucionalizadas, em particular aqueles que apresentam também doenças sistêmicas graves, são observadas altas prevalências de co-morbilidade e grandes dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, que conjuntamente com as alterações observadas no meio oral favorecem o aparecimento de cárie, doença periodontal, edentulismo, função mastigatória limitada, xerostomia, dor e desconforto, as alterações da ATM (Articulação temporomandibular) e mesmo o aparecimento de neoplasias malignas orais, que marcam fortemente o panorama pouco animador que hoje é possível constatar de forma muito direta. Na base destas questões não podemos descurar a quase ausência de higiene oral, a inadequada reabilitação oral e, sem dúvida, o desinteresse completo em torno de uma saúde oral compatível com o pretendido, pelos motivos anteriormente apresentados.

O significado mais amplo da saúde oral não diminui a relevância das duas doenças orais de maior prevalência global: a cárie dentária e a periodontite. Ambas podem ser eficazmente prevenidas através de uma combinação das ações da comunidade, dos profissionais de saúde e de uma atitude individual. Um exame oral, realizado sistematicamente quer pelo indivíduo, quer pelo médico dentista, pode detetar uma série de doenças sistêmicas, destacando-se as que decorrem de deficiências nutricionais, infeções, distúrbios imunológicos, lesões ou mesmo, o já referido cancro oral. As glândulas salivares podem fornecer, através de uma análise da saliva, elementos fundamentais clínicos, que ajudam ao diagnóstico concreto da doença e pode inclusive deixar pistas importantes para eventuais alterações que possam vir a ser notadas no próprio organismo (Sfeatcu *et al.*, 2011).

Ainda acrescentando à desigualdade existente entre os utentes no que respeita ao acesso à saúde, Kawachi e colaboradores (2002), alertam para questões bastante pertinentes sobre essa desigualdade, designadamente, as diferenças entre iniquidade em saúde e desigualdades em saúde, ou intrínsecas a cada grupo social. Temos assim, as desigualdades em saúde que refletem principalmente os efeitos da pobreza ou são

criadas pelo meio socioeconómico, tendo em conta os custos relativos com a saúde; as desigualdades em saúde entre diferentes espaços geográficos que refletem simplesmente a diferença entre grupos sociais, ou que simplesmente sugerem um efeito contextual geográfico; e as experiências vivenciadas dentro dos diferentes tipos de desigualdade.

Neste sentido, e aceitando a inexistência de equidade, na saúde oral podemos discorrer que as questões levantadas padecem de respostas profícuas e que se torna imperativo uma avaliação do “Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização”, que depois de devidamente avaliado, deverá ser capaz de alterar o quadro pouco favorável hoje existente.

Nesta ordem de pensamento devem ser tidas em linha de conta as definições anteriormente apresentadas que podem esclarecer algumas das eventuais lacunas existentes e que, como é notório, quase nunca são tidas como válidas neste contexto, socialmente desequilibrado. Seria portanto interessante refletir sobre o que é saúde, justiça social, equidade/iniquidade, desigualdades, representação social, pobreza, serviços comunitários, etnia, marginalidade, desviante. Deixamos aqui já a referência de que estes vão ser os nossos conceitos operatórios e pilares da investigação, apesar de já termos apresentado a nossa definição, para alguns dos conceitos apresentados.

Os estudos realizados pela OMS e pela UE – Unidade Europeia, através do Projeto Mighealthnet (2007), entre outros, demonstram claramente que as condições de saúde oral, de um indivíduo, estão associadas a um contexto de marginalização, fundamentalmente institucional e comunitária. Tendo em conta o referido e as necessidades por nós sentidas em demonstrar clara e evidentemente esta realidade, tomámos a iniciativa de ir junto de Instituições, Organizações Governamentais, ONG (Organizações não Governamentais) e OSP - Observatório da Saúde Portuguesa, para que estas pudessem fornecer alguns dados já apurados e calibrados, para poderem ser usados por nós durante este trabalho. Para tal solicitámos presencialmente, por correio eletrónico e por via telefónica, informações, publicações, estudos, experiências, ou outros recursos, que pudessem servir como instrumentos de trabalho para a nossa tese e servissem ainda para fornecer maior quantidade de informação aos demais colegas da área da saúde ou investigadores interessados em saber mais do tema e dar-lhe continuidade.

Avaliando o que se passa em Portugal e atendendo ao apresentado, constata-se que os indivíduos institucionalizados, aos quais são propostos alguns programas de saúde, são os que mais faltas apresentam às consultas propostas. As IPSS que fizeram o favor de nos facultar alguns dados sobre esta realidade dizem que, de facto, estes elementos são altamente negligentes quando à sua saúde oral. *“É-lhes prestado um serviço quase gratuito e mesmo assim estes acabam por não aceder aos pedidos solicitados”*, como nos dizia Paulo, dirigente de uma instituição.

Independentemente do poder político pretender pôr em curso os programas que estabeleceu, depara-se, numa maioria das vezes, com estes fatores intrínsecos e que não são favoráveis para o avanço em prol da diminuição da prevalência da patologia oral.

O papel representado pelos profissionais de saúde carece de maior entrega e humanização, para que assim se possa diminuir o fosso existente entre as várias camadas sociais. Mas o inverso terá de obedecer aos mesmos parâmetros. O mesmo se pede ao poder político e à sociedade em geral, para assim se conseguir o que há muito se pretende: equidade! No caso de não haver cooperação entre os intervenientes, tudo não passará de meras e pouco ponderadas leis, elaboradas por elementos que muitas vezes não conhecendo a realidade, fazem com que estas acabem por não poder ser aplicadas aos elementos marginalizados.

O resultado retirado após revisões bibliográficas, de forma muito rigorosa, exaustiva e de atenta leitura de artigos, livros e outros, serviu para um substancial conhecimento e suporte para poder fundamentar as questões diretamente dirigidas ao inquirido/utente/observado de carácter moral, económico, familiar, religioso, nutricional e outros. O trabalho de campo foi para nós, sem qualquer dúvida, a forma mais pragmática, mas mais interessante para recolher informação altamente importante, pois permitiu a abordagem das variáveis presentes, contextualizando-as nos mais diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, que se relacionam com a população em geral e com o indivíduo, em particular.

Sentimos uma grande necessidade de sermos mais pró-ativos, em face de uma necessária e urgente intervenção concreta, dinâmica e direta, que estabeleça laços, apoios e as verdadeiras pontes humanas, que possam ser usadas em prol de um crescente e pretendido melhoramento na qualidade de vida e, consequentemente

possibilite a “verdadeira” integração social. Desta forma conseguiremos sem dúvida abraçar as causas mais marcantes com o benefício único que é o estabelecer ou restabelecer a ligação pretendida, entre aqueles que um dia desta se desligaram, e a própria sociedade que aceitou este desvio, sem se questionar.

Adiantando aquilo que para o trabalho pertencerá à parte conclusiva, entendemos que seria importante que o poder político, a sociedade referida como normal, os grupos “distintos” e inconfundivelmente “superiores”, pensassem que o que hoje é um facto incontestável, amanhã poderá ser uma amarga realidade, independentemente de todo um potencial económico, ou físico, ou mesmo partidário, de que possam atualmente ser detentores.

## **2.1. Saúde e ciências sociais**

O pensamento do homem, um ser com milhares de anos, recusa aceitar com normalidade alguma debilidade física. Uma realidade que é posta em causa muitas vezes, pelo facto do seu estado de saúde se revelar precário. A própria experiência da morte o obriga a questionar o seu desejo de saúde plena e de imortalidade. Confrontado com esta realidade, busca explicações e razões para tão evidente experiência de vida. Desde tempos imemoriais que essa busca se faz no campo do religioso, através de um mundo teológico formatado pela cultura onde está inserido. O poder do sobrenatural impõe-se e organiza a vida das populações na sua experiência da doença, transformando-se no campo de eleição e altamente privilegiado nesta função, quando comparado com restantes campos de saber. Atualmente é aceite a ideia de que a saúde depende do estado físico do homem, do seu corpo e de todos os processos que com este estão diretamente relacionados, entre os quais, fatores de risco que estão ligados diretamente aos estilos de vida e que põem em causa a sua qualidade de saúde, como o tabagismo, o sedentarismo, os maus hábitos alimentares, entre outros. Mas o homem é muito mais do que um ser físico, independentemente das correntes que apoiam esta teoria. Caso estes elementos não sejam entendidos como marcantes e fundamentais para uma melhor qualidade de vida, poder-se-á dar o caso de aparecimento de doenças crónicas com elevada morbilidade (Martins, 2007).

A necessidade em não espartilhar o ser humano, tornando-o em peças isoladas e completamente independentes, é cada vez mais necessária, até porque uma visão

holística é pretendida e deverá ser instituída, para que se obtenha o que se entende ser o melhor para a saúde dos humanos e se consiga aceitar a doença como um processo de desarmonia entre os vários fatores que nela intervêm (Martins, 2007).

A OMS, entre outras organizações, também interessada em participar ativamente na definição de saúde e para que determinados atos médicos sejam colocados em prática, contribuiu com uma definição, que ainda hoje é aceite por todos os que estão ligados à saúde, mas que, de facto, não é na maioria das vezes tida em conta durante o tratamento do doente. Assim, entende que saúde é *“um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*. Esta definição por si só deveria ser o suficiente para que a intervenção na saúde fosse mais ampla e diferenciada, comparando-a com os conceitos tidos até há muito pouco tempo. No entanto e tal como referido, poucos são ainda os profissionais que a entendem e a colocam em prática na realização da sua atividade profissional.

As questões evolutivas da própria doença/saúde, a forma de intervir nestas, a atitude dos profissionais e o uso dos meios ao seu dispor, tem vindo a ser um tema de grande interesse a nível mundial e tem feito com que haja a necessidade de adaptação. A forma como se deve atuar, o conhecimento cada vez mais apurado sobre as técnicas médicas e o próprio interesse em melhorar o estado da saúde da população, tem vindo a sofrer significativas alterações. Atualmente entende-se que será melhor uma opção que premeie a prevenção, pois a noção de uma saúde separada e não holística está completamente ultrapassada. O olhar sobre a saúde na atualidade direciona-se para um pensamento em que esta passa a ser um bem essencial, onde há uma necessidade intrínseca de apostar, de investir e intervir em todos os fatores que possam interferir de forma negativa sobre esta. Assim, tende-se a atingir e melhorar o estado geral do indivíduo nesta linha de pensamento, vindo-se a impor um modelo que valora todos estes fatores, considerados como os verdadeiros determinantes da saúde e que atuam *“positivamente para a saúde e para a cultura do desenvolvimento individual e organizacional”* (Graça, 2000). Falamos do modelo salutogénico, desenvolvido por Antonovsky (1987), que sustenta a ideia de que o indivíduo se encontra em dicotomia constante entre a disfuncionalidade e a funcionalidade, dependendo este facto de fatores basicamente sociais. Tenta-se o reforço da capacidade dos vários indivíduos, encaminhando-os para uma saudável forma de intervir psicossocialmente. Pretende-se



que não se descorem os aspetos cognitivos e informacionais, para obter um diagnóstico completo e indicativo da terapêutica mais favorável (Antonovsky, 1987).

*“Esta avaliação determina a capacidade de domínio das incoerências e acontecimentos de vida. Os sujeitos... de modo a exemplificar situações de stress e especificar as estratégias usadas no lidar com as mesmas foram sujeitos a várias medidas (e.g. a sua ansiedade, o locus de controlo, redes de sociabilidade e apoio social, disposição pessoal, comportamentos caracterizadores de estilos de vida saudável). A idade, o estatuto socioeconómico e cultural, o sexo e o número de problemas mencionados por cada indivíduo foram considerados a nível do confundimento que estes elementos podem consistir para os dados recolhidos, apoiando-se na ideia anterior de Antonovsky, Nunes (1997: 1).*

A apoiar ainda este modelo, que se centra nas necessidades de encarar a saúde como sendo mais do que um simples conjunto de sintomas e sinais apresentado pelo doente contamos com a opinião muito válida de Luís Graça,

*“Mais que curar o mal, a arte deve prevenir, ‘Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer’, ‘Vinho, mulheres e tabaco põem o homem fraco’, ‘Come para viver, pois não vives para comer’, ‘Quem bem urina, escusa medicina’, ‘casa onde não entra o sol entra o médico’ (...)” (Graça, 2000: 77).*

O carácter evolutivo desta relação com a saúde e a doença que conseguimos verificar, pelo que anteriormente foi apresentado, tem sem dúvida a marca da antropologia na investigação, suportando ainda a caracterização de várias teorias e conceitos, que sustentam a vivência humana, enquanto seres racionais, que se concretizam numa base comportamental, que depende direta ou indiretamente de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Entre as ciências sociais, a antropologia tem vindo a assumir novos campos de trabalho, nomeadamente no campo sanitário, como sustentado por More, *et al.* (2005) e Vallejos-Sanches (2008), o que demonstra a evolução da sua prática, enquanto disciplina científica que é, demarcando-se ao longo da história, pela sua grande capacidade no estudo de grandes factos, dos costumes, crenças e mitos; da diversidade cultural, hábitos e comportamentos, dos aspetos físicos, nos diferentes pontos do mundo. Esta experiência acumulada e testada e alguns trabalhos seminais que já tinham em conta o mundo da cura e da interpretação da doença, fez com que cada vez mais as disciplinas da saúde se interessassem pela dimensão social e cultural fornecida pela antropologia, e a própria antropologia colocasse este campo de trabalho nas suas linhas de investigação,

consciente do seu contributo para a sociedade em geral. Desta forma, algumas das dimensões presentes na saúde e, no nosso caso, na saúde oral, mereciam um outro olhar, superando, assim, alguns dos limites experienciados pelos investigadores quando descuravam a dimensão social e cultural das questões sanitárias.

Caracterizado pelo seu poder interpretativo, que facilmente manifesta nas suas inter-relações pessoais, o homem é também um reflexo da sua vivência no ambiente onde se insere (Hoebel & Frost, 1983: 3-4). Esta ideia, perfeitamente incontornável e inegável, já é referenciada por Swartz, (1970), que defendia a necessidade de se entender este homem como uma mescla de fatores que fazem toda a diferença entre os diferentes elementos da sociedade, mas que devem ser sempre considerados.

É importante constatar a discrepância existente entre aquilo que seriam os conhecimentos mais do que aceites, de outrora e, os que hoje caracterizam e envolvem o homem, nomeadamente, no que concerne à necessidade de cuidados de saúde e à própria definição de saúde. Haverá necessidade de se ampliar o pensamento em torno de uma contextualização humanitária, não descurando o já referido, sustentado numa visão holística e com a noção da necessidade de uma homeostasia. Desta forma consegue-se inclusive um maior suporte para a investigação e avaliação científicas credíveis, assentes em teorias perfeitamente aceites e comprovadas (Campelo, 2002).

A forma como o homem se enquadra e se relaciona socialmente, a forma como se alimenta e o que compõe esta sua alimentação, os seus hábitos de higiene, as suas crenças, rituais e mitos, as suas peculiares condições étnicas, por vezes consideradas minorias e o que por parte da sociedade pode ser assumido como grupo marginalizado, e o que desta interpretação decorre, são elementos considerados e descritos por Mercier, (1969) e mais tarde por More *et al.*, (2005), contemplando-se sempre a cultura e civilização onde estes indivíduos estão enquadrados. O trabalho científico é fonte inesgotável de conhecimento. Ao colocarmos esta investigação no terreno, partimos dos dados da história científica, mas queremos fazer parte deste processo de evolução temática e metodológica, transformando em objetos de estudo e investigação esta área da saúde oral, colocando ao mesmo tempo alguma ponderação, uma vez que partimos de campos científicos com características bem diferentes e portanto com perspetivas de análise diferentes.

Tal como anteriormente referido pretende-se ter presente os rituais, as tradições, as crenças, que não cessam e que apesar de aparentarem não sofrer grandes mutações, nomeadamente quando se abordam temas como os tratamentos curativos, baseados em antigas “receitas”, elas entram dentro da dinâmica social e sujeitam-se a novas interpretações e usos. Assim, os comportamentos dos utentes devem ser lidos em consequência deste mundo simbólico, quando queremos trabalhar o conceito de qualidade de vida, ao mesmo tempo que se pretende integrar a ciência e um discurso crítico às alterações comportamentais, de forma a termos uma abordagem profissional, para se conseguir melhor evolução na condição sanitária dos indivíduos (Frankl, 1985; Alarcón *et al.*, 2003).

É imperiosa a aceitação de diferentes culturas, em diferentes espaços geográficos, das mais variadas práticas sociais, dos paradigmas a estes associados, dos conhecimentos adquiridos, do empirismo existente e latente, a análise duma realidade atual, a que cada um pertence, isentos de qualquer rótulo ou análise pejorativa. Só assim se consegue melhorar o que está por melhorar, detetar e alterar falhas ou lapsos que existam e se possam corrigir (Kaska & Weinstein, 1998; Checker, 2009).

Transformando este conceito mais dinâmico e multidisciplinar para as patologias da cavidade oral, a sua relação direta com o abuso de alimentos e substâncias cariogénicas, os comportamentos desviantes e nefastos, e o que estes podem implicar, parece ser um elemento fundamental a ter em conta. Assim, só quando predispostos a visualizar clara e evidentemente as alterações marcantes que conduzem posteriormente a planos de investigação que nos permitam perceber das alterações sustentadas, que deram origem a mudanças concretas, conseguimos obter resultados fidedignos e enquadrados numa investigação que preza pela diferença e que integre todos os elementos que marcaram a evolução física do homem (Arsuaga & Martinez, 1999).

Os princípios que se vão afirmando, nesta que será a verdadeira modernidade, ditam e dirigem o pensamento para que o homem seja visto como um decurso de processos evolutivos e a que este se terá adaptado. Daí a necessidade de implementar estratégias sociais, familiares, políticas, e outras, que se tornem exequíveis e que possam subsistir, tornando-se em mais-valia económica, dentro de uma sociedade cada vez mais ativa e exigente (Ellen, 1982).

O modelo biopsicossocial, tem vindo progressivamente a ganhar adeptos e seguidores, e que muito se adequa ao anteriormente referido. Completa toda uma estrutura que envolve o tema da saúde, pois introduz conceitos significativos neste que é um tema altamente discutido e discutível, nomeadamente atendendo à necessidade de ter em vista uma dimensão psicossocial, alteração dos planos educacionais e, mais uma vez, a grande aposta num pensamento holístico, em que se descorem três das principais interferências diretas na saúde: física, psíquica e social (De Marco, 2006).

Para terminar este item e atendendo ao que refere José Aguado (2004), o corpo humano deveria ser um elemento íntegro, totalmente íntegro, e sempre inseparável, mas que não se poderia perder de vista que este mesmo ser é algo de sistémico, o que de facto reitera a necessidade de uma visão holística que promova a já referida homeostasia.

## **2.2. Desigualdades, iniquidade e justiça social em saúde**

Numa primeira análise, desigualdade e igualdade são conceitos dimensionais que se referem a quantidades perfeitamente mensuráveis. Um exemplo simples de desigualdade em saúde é uma maior incidência da doença X no grupo A, em comparação com o grupo B da população P. Se a doença X é aleatória ou distribuída igualmente entre todos os grupos da população P, então não há presença de desigualdade em saúde nessa população. Noutras palavras, a desigualdade em saúde é um termo descritivo que não implica juízo moral (Kawachi *et al.*, 2002; Alleyne, 2002).

Os mesmos autores apresentam um outro exemplo, que nos parece um pouco mais concreto e de fácil compreensão, para que se consiga perceber o conceito de desigualdade. Imaginando que o indivíduo A morre num acidente de *sky diving* aos 40 anos, o seu irmão gémeo homozigótico B, que não gosta deste *hobby*, vive até aos 80 anos. Neste caso, os tempos de vida desiguais de A e B (neste caso as expectativas de vida desiguais entre praticantes de *sky diving* e não praticantes) reflete uma escolha pessoal que não deve causar preocupação moral. Tentar comparar o estado de saúde entre indivíduos de idades muito díspares, ou puros acasos, como por exemplo uma doença genética, não são moralmente condenáveis.

Por sua vez, iniquidade em saúde aplica-se às sentidas desigualdades existentes nesta, que muito se apresenta diferenciada, pois decorre de múltiplos fatores (sociais, culturais, étnicos) e que não são colocados à partida. Trata-se de uma desigualdade sentida e

perceptível, sem que possa ser mensurada e que incorre num juízo moral, daí a introdução do conceito de iniquidade (Alleyne, 2002).

Com estes dois exemplos os autores pretendiam esclarecer quanto à forma como a desigualdade pode ser moldável e vista com diferentes olhares. Mas, e de forma ponderada, conseguem também dar a conhecer que o que se apresenta como sendo o “mundo das coincidências” poderá não passar de mera justificação para o que se pretende ser o ideal, o que é muitas vezes motivo de grandes discórdias e de difíceis avaliações (Braveman & Gruskin, 2003).

A equidade para Braveman & Gruskin (2003), é um princípio ético fundamentado que se estrutura no princípio da justiça distributiva. No âmbito da saúde é uma preocupação acrescida na diminuição de disparidades quando existentes em grupos sociais menos privilegiados, pessoas pobres, grupos raciais, étnicos ou religiosos, mulheres, e os residentes rurais, pois são aqueles que são socialmente marginalizados e apresentam maior risco de doença.

Estes autores referem ainda que, em termos operacionais, promover a equidade em saúde significa eliminar a noção de desvantagem social ou mesmo, e só, marginalização/exclusão. A apoiar esta necessidade, referem que uma estrutura democrática deve dar enfoque a grupos socialmente desfavorecidos, marginalizados, ou “desprivilegiados” dentro de e entre países, industrializados ou não.

A experiência prática sugere que a eliminação das sistemáticas disparidades de saúde entre grupos sociais requer a correção de causas fundamentais, com especial atenção para os efeitos prejudiciais que estas acarretam, pelo menos, até certo ponto. Deverá ser tido em linha de conta que igualdade de oportunidades para ser saudável, requer inevitavelmente a identificação dos seus verdadeiros determinantes, bem como das manifestações que estas acarretam na saúde. Preocupação com a equidade em saúde implica, portanto, um compromisso e um investimento no combate à pobreza e à ausência da referida saúde, quando tão evidenciada e marcante. Mesmo assim, poderá o resultado final não ser o reflexo de tal esforço e aplicação (Buka, 2002; Braveman & Gruskin, 2003).

A iniquidade, em contraposição à equidade, deve ser entendida como uma definição mais politizada e que se move por compromissos morais e está aquém do que se poderia

esperar, atendendo à justiça social. No acesso à saúde, a iniquidade está mais relacionada com todos aqueles que não se inserem na chamada população “correta” e que se orienta segundo patamares impostos, enquanto a equidade é tida como elemento a ter em conta para a sociedade dita normal. É importante verificar se estes pré-conceitos fazem sentido, uma vez que a maioria das vezes é na sociedade dita “normal” que se encontram as maiores dificuldades ligadas ao acesso à saúde, situação que se tem vindo a verificar cada vez mais. (Alleyne, 2002).

O direito à saúde, imposto pela lei e por ela consagrado, determina que os governantes responsáveis pela prevenção, tratamento e controle das mais diversas patologias, garantam condições que permitam o acesso aos cuidados de saúde, bens e serviços necessários para se ser saudável. Apoiando esta imposição descrita na lei, acresce o facto de todos os direitos humanos - económicos, sociais, culturais, civis e políticos – serem considerados interdependentes e indivisíveis, o que potencia a responsabilidade dos próprios governantes, exigindo-se destes uma progressiva correção e adaptação às mais diversas necessidades, nomeadamente no âmbito da educação, informação, privacidade, condições de trabalho, participação social e ausência de discriminação. A atenção sistemática sobre a vasta lista de direitos consagrados pode fornecer um quadro coerente capaz de focalizar e centrar a atenção nas necessidades e condições de acesso. Eventualmente assim, poder-se-ia obter o que se pretende ser uma saúde ideal, sendo que para tal acontecer é necessária uma atitude pró-ativa por parte dos servidores de saúde (Ryan, 2006).

As estreitas ligações existentes entre os conceitos de pobreza, equidade e direitos humanos, quando enquadrados no tema saúde, são muitas e bastante profundas. Quer os princípios de equidade, quer os descritos como direitos humanos, procuram incessantemente o princípio de igualdade, nomeadamente na saúde daqueles que fazem já parte duma sociedade hierarquizada (Ryan, 2006; Leinsalu *et al.*, 2009).

Alcançar esta igualdade implica não apenas a redução dos efeitos prejudiciais, produzidos pela pobreza e pela marginalização, mas sim a redução das já referidas disparidades existentes entre as populações. Atente-se que para a própria educação, os padrões de vida, as expectativas existentes nas pessoas e mesmo para a exposição ambiental a que estas estão a ser submetidas, só podem ser saudáveis quando forem pelo menos semelhantes (Wilkinson, 1997; Braveman & Gruskin, 2003).

Os direitos humanos e os princípios de equidade exigem fortemente que as instituições de saúde lidem, com a pobreza e com a saúde, de forma equilibrada, estável, não discriminatória, reduzindo a discrepância já anteriormente anotada, tentando-se, assim, melhorar a saúde dos mais pobres, alterar as condições que criam, exacerbam e perpetuam esta mesma pobreza, afastando cada vez mais a marginalização e a auto marginalização. Definir objetivos e metas para a realização progressiva da plena concretização dos direitos humanos anteriormente descritos, que se baseia numa “realização progressiva”, requer, por parte dos governantes, bem como por parte dos agentes intervenientes, uma demonstração clara de boa-fé, para uma orientação em prol de melhorias na saúde, demonstrando a necessidade de direitos igualitários (Buka, 2002).

A pobreza não é, por si só, uma violação dos direitos humanos. No entanto, as ações ou a falta de atitudes governamentais que conduzam à mesma, ou o fracasso nas respostas adequadas para as condições que esta vai criando, fazem com que a pobreza (e a marginalização) evolua e crie processos de negação e, estes sim, já são tidos como violação dos direitos humanos. Exemplo disto é o acesso à educação, especialmente à educação primária. Reconhece-se que, inextricavelmente ligada à pobreza, esta educação é díspar entre grupos sociais diferentes. Trata-se tanto da negação de um direito, como se apresenta, como a causa de graves disparidades, sabido que é ser a educação a promover a capacitação e participação do homem nas decisões sobre comportamentos sociais importantes, nomeadamente com a saúde. Ora se este acesso à educação é colocado em causa à partida, facilmente se consegue perceber que a chave para se quebrar o ciclo pobreza/doença, será mais difícil de encontrar (Nayar, 2007).

As estratégias usadas na pobreza e saúde, sem perspetivas mais amplas que ofereçam equidade e que coloquem os direitos humanos como enfoque, podem falhar como condições *sine qua non*, pois os principais fatores que influenciam de forma direta a relação existente entre saúde e pobreza são colocados em conta e, portanto, vão facilmente impedir que esta ligação se quebre. Se não houver uma atenção sistemática, tanto à pobreza como à discriminação e marginalização, podemos assistir a uma quase perpetuação da pobreza e da iniquidade no acesso à saúde. Todos os esforços já realizados, já experimentados e experienciados, (como aqueles que frequentemente estão executados), foram dados como relativamente ineficazes. Como alguns fatores

intervenientes, temos a acessibilidade geográfica e a disponibilidade financeira para acesso aos serviços de saúde preventivos. Estes são apenas dois dos fatores, que por si só, potenciam disparidades neste acesso. Claro está que os grupos mais suscetíveis acabam por ser vítimas de processos seletivos e, evidentemente passam estes a ser grupos menos utilizados (Regidor *et al.*, 2006).

Leinsalu *et al.*, (2009) referem que os princípios da equidade e dos direitos humanos devem ser levados em linha de conta pelas instituições de saúde que tenham em consideração a implementação de políticas e programas que possam afetar direta ou indiretamente os marginalizados sociais, os desfavorecidos, os mais vulneráveis ou discriminados. Acrescentam ainda a necessidade de identificação e superação dos obstáculos - como a língua materna, as crenças culturais, o racismo, a discriminação de género e homofobia - que impedem muitas vezes os grupos desfavorecidos de receber os benefícios das iniciativas de saúde de forma mais correta. Uma significativa redução na vulnerabilidade, na discussão, no acesso, nos cuidados de saúde, em todos os grupos sociais, far-se-á notar, mas, maioritariamente nos grupos em que o processo de exclusão é bem sentido e está bem impregnado.

A perspetiva correta sobre os direitos humanos, segundo Nayar (2007), pode favorecer o aparecimento de um quadro de referência universal que identifique facilmente as múltiplas condições desiguais, o que nos pode facultar informações úteis quanto aos padrões de vida existentes e de que forma estes podem ser tão marcantes para a obtenção de uma saúde condigna. Sabe-se que, normalmente, nos grupos em constantes processos de exclusão, as condições desiguais na intervenção social, associadas aos padrões de vida alternativos, são mais do que o mote necessário para uma disparidade na saúde e, conseqüentemente, no acesso a esta, facilitando portanto as discrepâncias bem notadas, e já existentes. Os instrumentos internacionais dos direitos humanos, oferecem, assim, não apenas um quadro de ação, mas também uma obrigação legal a existirem políticas para alcançar a igualdade de oportunidades para se ser saudável; uma obrigação que, necessariamente requer considerações sobre pobreza e injustiça social (Wilkinson, 1997).

Na maioria dos países, a pobreza material e as suas desvantagens desempenham um papel fulcral na criação, agravamento, e perpetuação dos problemas na saúde. Os princípios em questão devem destacar a responsabilidade dos países mais ricos, pois



deveriam estes tentar procurar as verdadeiras causas e as consequências que todo este clima acarreta, dentro e fora das suas fronteiras. Levanta-se, desde já, a necessidade de um compromisso para com os direitos humanos, que exige uma ação importante sobre a pobreza e a saúde, e que se torne um imperativo em prol de ética e justiça social (Braveman & Gruskin, 2003; Regidor *et al.*, 2006).

As discussões acerca dos critérios para equacionar o problema da desigualdade social têm sido muitas, acompanhando passo a passo o debate sobre a injustiça e as perspectivas existentes para a solucionar, se possível em torno da distribuição de bens e benefícios sociais. Este conflito, existente, como analisa Rawls (1997), decorreu exatamente da dificuldade em se entender da forma notoriamente desigual como os benefícios são distribuídos, o que despoleta uma permanente disputa entre os indivíduos de grupos sociais diferentes e, conseqüentemente, a interrogação permanente quanto às definições existentes na lei, nomeadamente as que diretamente se relacionam com desigualdade social.

O mesmo autor refere que a estrutura social comporta várias posições e os indivíduos nessas diferentes posições sociais têm diferentes expectativas de vida e bem-estar. Assim se indica claramente da necessidade de esclarecimento sobre determinadas matérias, nomeadamente, quanto às posições associadas que possam fornecer o aparecimento de desigualdades profundas. Neste cenário, o autor propõe mais e melhor justiça com equidade, combinando dois princípios fundamentais: o da justiça formal, da igualdade de todos perante a lei; e da justiça substantiva ou “real”, da igualdade socioeconómica, que ao ser regulamentada, teria como resultado benefícios compensatórios para todos e especialmente para os menos favorecidos. Regendo nestes dois princípios, facilmente se depreende que, para Rawls (1997), a igualdade não é equidade, pois, equidade implica um tratamento desigual para os desiguais. Se os indivíduos são diferentes, precisam de ter tratamento diferenciado e portanto, assim ter-se-ia as designadas desigualdades justas: um tratamento desigual mas justo, quando comprovadamente benéfico para os indivíduos mais vulneráveis.

Repare-se que em torno de tudo o referido anteriormente emerge o conceito de exclusão social, que não é recente. No entanto, cada época, com sua conjuntura política, económica e social, origina algumas derivações importantes neste conceito, pacificamente aceite. Durante um decurso normal de vida, de uma forma ou de outra, a

pessoa passa pontualmente por situações em que se sente excluído, não significando, no entanto, que deva ser inserido, ou obrigatoriamente inserido, num processo de exclusão social, conclusivo e castrador. Por outro lado, existem indivíduos ou grupos de indivíduos com determinadas características que experimentam diariamente a exclusão social, quer por opção de vida, quer pela própria sociedade que os agrupa, ou mesmo por autoexclusão. Vulgarmente, vemos a exclusão social associada a pobreza, o que não corresponde inteiramente à verdade, pois existem muitas pessoas que experimentam a pobreza temporariamente e não são excluídas permanentemente, aliás, muitas vezes são apoiadas socialmente. Assim e a título de exemplo, temos uma situação pontual de desemprego que se traduz numa pobreza temporária. Por outro lado, existem indivíduos que vivem o que pode ser considerado pobreza permanente, pois estão associados a famílias pobres, e não conseguem livrar-se do estigma da pobreza, permanecendo pobres ao longo das suas vidas (Martins, 2007).

É possível portanto atribuir-se uma relação causal entre alguns fatores sociais, nomeadamente o económico, exclusão social e pobreza.

Na opinião de Martins (2007), devemos incluir conceitos, como precarização e vulnerabilidade para melhor entender e complementar a definição de pobreza e de fragilidade social. A exclusão social, para além da noção de pobreza amplamente detetada e discutida, deverá incluir outras situações que originem ruturas nas relações sociais! Só assim se conseguirá opinar mais conclusivamente sobre o que é ser excluído, o que é exclusão social e se de facto, no caso particular, se verifica tal condição e se coaduna!

Defende Martins (2007) que a exclusão social tem inerente a ideia de que as sociedades marginalizam os indivíduos ou grupos, levando-os à sua total desadaptação social, inviabilizando o seu acesso aos direitos humanos constitucionalmente adquiridos. Isto permite concluir que associando-se a pobreza como fator preponderante no conceito de exclusão, não deixa esta de ser também um veículo para a mesma. Pode ainda acrescentar-se que a exclusão resulta de uma desarticulação entre as diferentes partes sociais e os indivíduos das quais fazem parte, e consequentemente, este mal-estar latente e presente, torna-se significativamente visível quando são necessários benefícios sociais, que normalmente não são equitativamente disponibilizados.

A ideia de exclusão social pode e deve ser tida em diferentes vertentes, como já anteriormente referido. No entanto ter-se-á de ter especial atenção às seguintes: as de tipo económico (relacionadas com a pobreza e que têm a sua forma mais extremada na condição de “sem-abrigo”); as do tipo social (caracterizadas pelo isolamento e muitas vezes associadas à falta de autossuficiência e autonomia pessoal, ou seja, idosos que vivem na solidão, deficientes, doentes crónicos e acamados, as quais não tendo obrigatoriamente de estar relacionados com fatores de pobreza económica, podem ser associadas a questões de estilos de vida mais individualistas e pouco sensíveis à solidariedade); as do tipo cultural (tendo como exemplos o racismo, a xenofobia, a dificuldade da sociedade em reintegrar ex-reclusos, a exclusão social de minorias étnico-culturais e religiosas); e as de origem patológica, (com a exclusão social essencialmente a surgir por motivos de doença, como os casos dos infetados com doenças infetocontagiosas e/ou sexualmente transmissíveis) (Martins, 2007).

Claro é que todos os anteriores contextos, económicos, sociais, culturais, geográficos e políticos, da sociedade, quando desintegrados, originam uma perda do reconhecimento do indivíduo na sociedade, originando, na maioria das vezes, a sua exclusão social. Este processo dinâmico, que se justifica como sendo o resultado de não nascer excluído mas de ser *à posteriori* excluído, é agravado ou diminuído consoante as oscilações socioeconómicas experimentadas pela conjuntura política da sociedade na qual o indivíduo ou grupo estão inseridos. Aliás, Amaro (2000), no seu artigo a “Exclusão Social Hoje”, afirma que existem 6 dimensões principais no quotidiano do indivíduo, sem as quais o mesmo entra em processo de exclusão ou autoexclusão. São estas: SER (personalidade); ESTAR (grupos sociais); FAZER (trabalhos realizados e socialmente reconhecidos: emprego ou trabalho voluntário); CRIAR (capacidade empreendedora); SABER (acesso à informação); e TER (poder de compra).

O esquema abaixo apresentado corrobora o referido por Amaro e consegue ser bastante objetivo quanto à relevância a ter em consideração quando enquadrarmos esta exclusão social à privação económica, que por si só é castradora e redutora. E quando aliada a fatores de outra índole, potencia o conceito de mal-estar.



Figura nº 1 – Dimensões de bem-estar teoricamente relevantes (Pereira *et al.*, 2007)

Este esquema reflete sobre alguns dos muitos fatores que intervêm diretamente na saúde, pois quer a formação, as condições habitacionais, os meios de higiene e a segurança, entre muitos outros, são neste momento os fatores que mais influência têm sobre o comportamento humano, fundamentalmente no seu enquadramento psicossocial. Sem que estes estejam sob uma relativa harmonia, não é possível ter uma boa saúde e portanto a desigualdade será cada vez mais marcante.

### 2.3. Alterações e condicionantes orais e dentários

#### Introdução:

Para nós, enquanto investigadores, a saúde oral e os problemas sociais com ela relacionados, constituem um grande interesse, pois facilmente deixam de ser apenas um problema físico, e passam a ter um papel marcante na sociedade. Muitas vezes verificam-se alguns descuidos médicos e outros, por sinal na grande maioria, promovidos pelos próprios indivíduos, que por razões diferentes deixam de ter em atenção a sua saúde, sendo esta um bem a preservar. Na saúde oral este contexto é agravado pela quase inexistente comparticipação do Estado nos cuidados orais.

É público que a morbilidade de cárie dentária está associada a determinados fatores de risco, enquadrados no contexto socioeconómico, familiar, ambiental, cultural, geográfico, demográfico, étnico. Verifica-se que esta situação está em crescendo, independentemente de muita informação e dos dados lançados, nomeadamente pela OMS, que afirmam o contrário (OMS, 2012).

Segundo a OMS, (1994), é mais do que notória a dicotomia existente entre os países ditos industrializados e os não industrializados, quanto a esta matéria. Dizem, por um

lado, que poderá haver pelo menos cinco milhões de pessoas residentes em países industrializados que têm ou já experienciaram a cárie dentária. Mas, por outro lado, apresentam orçamentos que ficam muito aquém do que é necessário para tratar estes casos gritantes. Apenas 5 a 10% dos gastos governamentais com saúde são conduzidos para o combate desta patologia. Claro é que este tipo de orçamento descarta completamente o que deveria ser encaminhado para programas de promoção e prevenção, que devem iniciar-se em idades escolares, para que este flagelo não se torne quase inevitável, atendendo às informações recebidas e aos cuidados que a maioria da população tem (WHO, 1994; 1997 alíneas: a, b; 1998; 2010).

As ciências sociais, na sua mais ampla área temática, nas mais diversas bases de reflexão teórica, deixam transparecer a ideia de que, pela necessidade de proceder a informações válidas, para melhorar a situação atual é necessário conhecimento, e este deve contemplar empirismo, analisando as diferentes culturas, os conhecimentos locais e os dados da ciência especializada, obviamente, sem a qual não se podia opinar em plena coerência. A cárie dentária é o resultado de um intrincado cultural, geracional e produto de fatores sociais altamente enraizados e que se aliam em torno do homem, que enquanto ser cultural é fruto do seu enquadramento civilizacional (Boas, 1938; Flandrin, 1999; Checker, 2009).

Um conhecimento, largo e profundo, sobre as alterações dentárias e todos os condicionalismos a estas diretamente ligados, requer um processo dinâmico, de percepção, de abertura cultural, de inter-relação de “conhecimentos”, de uma “leitura” dos diferentes interesses, generalizados ou não, do holístico, da evolução filogenética, da maturação e desmistificação de mitos e rituais, dum amplo aprofundamento sociodemográfico, que, quando aproveitado em prol da qualidade de vida dos visados, é sem dúvida, a ferramenta indispensável e muito útil para todos os que se preocupam verdadeiramente com saúde (Claridge & Fabian, 2005; Sen, 1981; WHO, 2010).

Uma atuação antecipada nas populações jovens, de preferência em idade escolar, (apostando na promoção, prevenção, nos tratamentos não evasivos), nas patologias de maior desenvolvimento dentro do espaço confinado, que é a cavidade oral, (cárie dentária e a periodontite), pode, reduzir drasticamente os efeitos nefastos das patologias daí decorrentes. A esta atuação precoce, deverá estar aliada uma ajuda no seio familiar, que normalmente é desencadeante inicialmente, ou por desconhecimento, ou mesmo por

hábitos que não foram adquiridos e portanto de difícil impregnação. Pensa-se que as alterações da mucosa e das peças dentárias levam a uma total e desconcertante perda na autoestima do indivíduo. Este “realiza” uma desintegração social inegável, mesmo quando este indivíduo é ainda um jovem, fase em que os colegas e amigos mais diretos se comportam de forma muito agressiva e mesmo incompreensiva perante algumas situações referidas como diferentes (Claridge & Fabian, 2005; Sen, 1981; WHO, 2010).

A necessidade premente da atuação na saúde oral e sua promoção direta em toda a população, e designadamente na população mais carenciada e marginalizada, na saúde oral, deve ser mais acautelada e mais observada, mesmo depois do que tem vindo a ser realizado em benefício da mesma. A melhoria do estado geral de saúde, a redução incontornável de outras patologias associadas à estabilidade emocional, a inclusão social, o ambiente familiar, o apoio e oportunidades laborais, o acesso que se adquire, tornam o indivíduo mais apto, conferindo-lhe autoestima e portanto, fazem dele um ser dito “normal”, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e inclusão social.

A sociedade tem necessidade de, por direito, passar, segundo a Declaração dos Direitos Humanos, por uma liberdade de expressão, por um acesso à saúde de forma gratuita, por condições habitacionais dignas. Esta necessidade só pode ter efeito quando se alterarem estratégias, pensamentos, interesses, orientações, e formas, capazes de “devolver” o que tanto foi apregoado e nunca, na sua totalidade, foi colocado em prática, ou seja, a melhoria social.

Importa, portanto, estar atento às doenças de maior prevalência na cavidade oral, assim como a toda a informação que lhe está associada, de forma a tentar alertar para eventuais alterações que poderiam decrescer exponencialmente, assim fossem tomadas algumas medidas já apresentadas.

#### **i. Cárie dentária: a principal doença oral**

A cárie é uma das doenças de maior incidência na infância a nível mundial (e Portugal, não foge a esta regra, facilmente constatável), como consequência, quase imediata, da não atuação atempada. Tal facto vai ditar o resultado expectante na vida adulta. Numa perspetiva generalista, a cárie surge devido à existência de uma microflora oral propícia a ácidos associados, que em plena cooperação, intervêm passo a passo e dão origem a esta patologia (OMS, 2006; Pui, 2006). Sabendo que é na precoce idade que se criam as

condições para uma boa saúde oral, procuramos aqui desenvolver o aparecimento e as principais medidas a serem tidas em conta para que as grandes alterações não se façam sentir tão marcadamente.

O processo da cárie dentária tem o seu verdadeiro início quando ocorre a fermentação dos carboidratos, responsáveis pela formação/produção das bactérias mais ativas e, conseqüentemente, da produção de ácidos orgânicos que põem em causa os níveis do pH da saliva e da própria placa bacteriana existente (Marshall, 1915; Gallardo, 2008).

Hoje é perfeitamente aceitável que os múltiplos fatores presentes intra e extra oral influenciam, positiva ou negativamente, esta doença. No entanto acredita-se mesmo que a existência de placa bacteriana é um dos fatores potenciadores para o seu aparecimento. Aliás, muitas vezes é descrita como o “principal agente etiológico local” (Narvai *et al.*, 2000).

No entanto, são descritos, cada vez mais, fatores coadjuvantes que funcionam como impulsionadores ao aparecimento da cárie, designadamente, a alimentação, o uso e consumo de drogas, o tabaco, o pH salivar, a profissão, o enquadramento socioeconómico, o nível cultural, entre muitos outros (Traebert *et al.*, 2001; Chaves & Veira da Silva, 2002).

Consegue-se então facilmente depreender da existência de uma relação direta entre aquilo que é considerado fator de risco ou coadjuvante e aquilo que de facto é assumido como mecanismo impulsionador. Apesar de se acreditar que todo este processo se relaciona diretamente com o comportamento humano, com os alimentos ingeridos, com o ambiente onde está inserida a população em estudo, nomeadamente, ambiente cultural, familiar, educacional, e muitos mais (Silveira, *et al.*, 2002; Vasconcelos, *et al.*, 2004), é necessária a presença de vários fatores que são elementos fundamentais e marcantes no aparecimento de tal doença.

Continuando a ideia transmitida por Narvai *et al.*, (2000), sabe-se que o processo cariogénico tem início com a fermentação de carboidratos, que por sua vez e em conjunto com as bactérias existentes na cavidade oral, produzem ácidos orgânicos, reduzem o pH salivar (torna o pH da saliva cada vez mais ácido) e portanto, desta forma vão desgastando também o seu efeito tamponante, potenciando-se o aparecimento da

placa bacteriana, e conseqüentemente, o aparecimento da cárie dentária (Pui, 2006; Gallardo, 2008).

Entende-se que o aparecimento da referida patologia, se coaduna diretamente com uma rede intrincada, altamente complexa, de processos químicos, que se relacionam com a própria microbiologia oral, e na presença dos já referidos fatores extrínsecos. Conclui-se, definindo-se como necessário e absolutamente obrigatório a existência de uma tríade, que ficou conhecida pelo nome do seu próprio autor - Keyes (Keyes, 1946).

Sabe-se que para a morbilidade da cavidade oral, e fundamentalmente a infantil, a maior causa é a cárie dentária, como apresentam os resultados dos estudos publicados e apresentados pela OMS (2007). Então, e atendendo ao anteriormente apresentado, levanta-se a seguinte questão: Como podem os médicos dentistas atuar neste contexto social e cultural, completamente enraizado, que se baseia numa posição otimista do estado na cavidade oral, uma vez que depende diretamente de fatores extrínsecos?

A resposta é demasiado complexa, uma vez que não depende apenas de um dos fatores intervenientes. Ao mesmo tempo é preciso ter em conta que os médicos dentistas teriam de atuar em equipas multidisciplinares, para tentar colmatar as lacunas ainda existentes, em cujo resultado podem estar o impulso necessário para diminuir a prevalência desta patologia.

Sabe-se que quando a carie não é detetada e o tratamento desta não for efetuado de forma eficaz e atempado, travando a sua galopante evolução, a cavidade oral e por conseguinte, a saúde geral do indivíduo, vai ser posta em causa, tendo como principal risco a perda de qualidade de vida, pelas dores emergentes e detetadas, pelas limitações alimentares associadas, pelas alterações digestivas decorrentes, e por muito mais que podia ser aqui referido (Keyes, 1946, Keyes- Newbrun, 1989; WHO, 2010).

Pegando nestas necessidades, é para nós importante apresentar alguns elementos que parecem ser úteis para que se percebam os efeitos nefastos que estão relacionados com a cárie, designadamente a variabilidade do meio e a mudança na atuação dos próprios meios. Os intervenientes modificadores podem condicionar, seriamente e severamente, o avanço ou a própria estagnação da patologia em descrição. Este avanço permite-nos pensar que todas as atividades vividas e vivenciadas que têm vindo a contribuir para um resultado satisfatório e pretendido.



Juntamente com esta redução da severidade e prevalência da doença, cárie dentária tem-se vindo a observar, apesar de não tão marcadamente, uma progressão mais lenta nas lesões de cárie, designadamente lesões em superfícies oclusais das crianças e na polarização da doença em grupos de risco. Veja-se que, cerca de 80% das superfícies dentárias cariadas estão concentradas em aproximadamente 25% a 30% das crianças e adolescentes (Pereira *et al.*, 2007).

Segundo alguns estudos, a severidade e a prevalência da cárie dentária têm vindo a diminuir, principalmente em crianças em idade de crescimento, nos países ditos desenvolvidos, uma vez que têm sido implementadas algumas medidas de carácter preventivo, capazes de diminuir o seu aparecimento. Principalmente com a introdução de flúor nas águas de abastecimento público, a utilização de dentífricos fluoretados, na drástica redução na frequência do consumo de açúcares e ampla expansão dos programas preventivos realizados nas escolas (Cypriano *et al.*, 2003; Cury *et al.*, 2004; Narvai *et al.*, 2006; Frias, 2006).

As crianças devem ser estimuladas e motivadas, pelas próprias instituições de ensino, pelos pediatras, pelos médicos de família, entre outros, para um maior interesse quanto à sua saúde oral, no sentido de se adotar hábitos de higiene oral, regulares, bem como a imperiosa necessidade de visita regular ao Médico Dentista. A Escola, enquanto instrumento de informação, deverá estar preparada para a promoção e informação, muitas vezes fornecida de forma voluntária pelos diversos profissionais da área, pois, desta forma, conseguem não só uma “mensagem” mais concreta e conhecedora, como e também, proporcionam em visitas/rastreios/promoções suplementos de flúor e, em casos muito especiais e específicos, poderá haver uma intervenção mais ativa, nomeadamente aplicação de selantes de fissura (tratamento que será realizado num espaço/clínica que possua as condições necessárias para a sua realização). No entanto, não existiam avaliações sistemáticas sobre saúde oral, que deveriam estar a cargo do Sistema Nacional de Saúde - SNS, o que dificultava o acesso aos resultados dos programas preventivos de saúde oral nas escolas (Almeida *et al.*, 2003).

É importante saber-se que quem está no cerne da cárie dentária é sempre o dente - Órgão que possui características bem diferentes dos restantes órgãos, nas diferentes pessoas, independentemente do seu aspeto geral. Dependendo do local que ocupam na cavidade oral, estas peças têm formas diferentes, estando estas diretamente ligadas à sua

função. As suas funções deixam de existir, de forma gradual, a partir do momento em que elas estão afetadas, maioritariamente pela cárie (ADA, 2009).

Portanto, e tal como já mencionado, não deixa de ser um órgão que possui um particular e próprio mecanismo de função e manutenção, e claro, se tudo estiver em consonância, permite uma plena articulação/sistematização/ sincronização com os demais elementos da cavidade oral (ADA, 2009; Canut, 1998; Woelfel, 2010). Se a cárie não for devidamente tratada e atempadamente detetada, proliferando de forma, muitas vezes descontrolada, vai ter como consequência direta, a alteração dos vários órgãos corporais (Naidoo, 2007; WHO, 2010).

A avaliação do risco de cárie consiste fundamentalmente em determinar quais os indivíduos que são mais ou menos suscetíveis para o aparecimento deste desequilíbrio oral. Prevenir ou controlar a doença no futuro, conhecendo-se e avaliando-se quais as variáveis clínicas, socioeconómicas, culturais, demográficas, ambientais, comportamentais, entre outras, vai favorecer a irradicação das doenças orais existentes e consequentemente os elementos que destas precedem (Douglass, 1998).

Nada será possível alterar, se não houver interesse em modificar o que se entende por pertinente, diligente e oportuno. E desta educação em saúde é componente o processo de promoção, a facilidade de atuação, a combinação de experiências em torno de um sempre longo processo de aprendizagem, que parece de grande dificuldade em ultrapassar (Candeias, 1997).

Enfatizando com a ideia da importância de combinar as várias experiências de aprendizagem e as intervenções educativas, é necessário saber-se distinguir o processo de educação em saúde de quaisquer outros processos de aprendizagem, pois, em saúde, educar/ ensinar deverá ser entendido como facilitador, e aprender deve ser entendido como estar ao dispor para adquirir informação, ser voluntarioso, a fim de haver uma coesão, plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos que se pretendem atingir. A ação propriamente dita, em aceitar esta aprendizagem, diz respeito a medidas comportamentais adotadas por cada pessoa, grupo ou comunidade, alcançando ou não o efeito intencional, ou seja, o propósito da questão, que é sem dúvida atingir um bom estado de saúde (Candeias, 1997).

A educação deve possibilitar desenvolver ações que conduzam à superação das dificuldades e à construção de direitos crescentes de cidadania, processo este que pode ser, ou não, efetivo e estruturado, mas em que os principais objetivos devem tornar os indivíduos mais capazes de pensar criticamente e de encontrar formas alternativas para resolver os seus problemas, e não só seguir normas recomendadas sobre como ter mais saúde ou evitar doenças (Pinto, 1996).

Em Portugal estes direitos de cidadania são completamente postos em questão quando nos confrontamos com o fator económico. Os cuidados de saúde oral não são gratuitos, não são de acesso fácil para os comuns humanos, havendo uma dificuldade acrescida, quando se trata de população carenciada. Os cuidados de saúde oral, maioritariamente, são fornecidos por profissionais de saúde privados, que, tal como já referido “não oferecem” o seu trabalho. O SNS é “pouco compreensivo” quanto à saúde oral, pois, são poucos os Médicos Dentistas que se encontram ao serviço do SNS. E os estomatologistas ainda existentes, não conseguem dar uma resposta mais célere às mais diversas situações que surgem, havendo uma tendência social para terminar com tais consultas nos centros da saúde. Além disso o investimento realizado na saúde oral é reduzidíssimo. No privado os pacientes pagam a totalidade das consultas, podendo ser reembolsados pelos seus sistemas privados de seguros, caso tenham essa opção, o que representa, cada vez mais, um número reduzido de indivíduos atendendo ao panorama económico. O enquadramento antropológico e sociológico desta questão alerta-nos para o facto de apenas nos finais dos anos 80 se começar a introduzir alguns mecanismos interventivos nas patologias da cavidade oral; e o que ainda perdura, apenas se refere a alguns programas preventivos incitados por entidades privadas e programas interventivos (ex.: cheque dentista) introduzidos pelo poder político, nomeadamente através do PNPSO.

Pensamos ser importante uma observação plena duma peça dentária, para se poder melhor entender o quão frágil este elemento se apresenta, quando atacado constantemente por elementos altamente nocivos, promovendo o aparecimento de cáries, gengivites e periodontites, que, como já referido, representam as patologias de maior incidência da cavidade oral. É sem dúvida muito importante uma aposta em programas de sensibilização e promoção para que estas patologias não evoluam e se consiga inclusive reverter o que ainda hoje se constata.

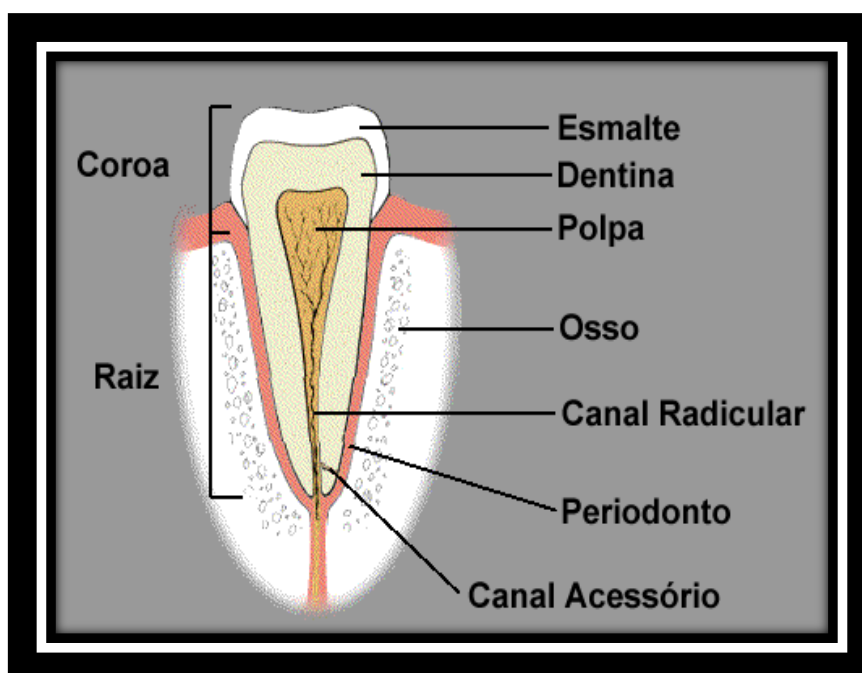


Figura nº 2 – Dente saudável- constituintes do dente

(retirado da internet, ADA, dia 26/03/2012, pelas 16:27h)



Figura nº 3 – Peça dentária com cárie

(retirado da internet, ADA, em 26/03/2012, pelas 16:38h)

O dente é constituído por várias camadas. O esmalte, parte visível do dente – coroa - é a parte mais superficial e segundo Woelfel (2009), a parte “mais dura” do corpo humano; é também o espaço por onde se inicia o processo de cárie, pelo contacto direto dos elementos favoráveis para o seu aparecimento. Elementos externos, como o hospedeiro, os microrganismos, o tempo de interação e a alimentação, são a ter em conta, uma vez que podem acelerar todo este processo, que por sinal se apresenta de forma muito rápida

e evasiva. Existem no entanto dentro da cavidade oral elementos, nomeadamente a saliva, que possuem um papel fundamental no combate à cárie dentária. Muitas vezes este ataque não é realizado da melhor forma, pois condicionalismos adicionais, que se relacionam na maior parte das vezes com patologias orgânicas, fazem com que este elemento deixe de ter um efeito de tamponamento e, portanto, não atue em consonância com o pretendido. Associando-se estas alterações à não escovagem efetiva dentária, conseguimos facilmente reunir uma amálgama de elementos capazes de promover o aparecimento desta patologia. Sabe-se hoje que uma ação atempada e direcionada para a promoção e prevenção pode diminuir em cerca de 30% os riscos associados às alterações da cavidade oral (Lostaunau, 2006).

O cuidado de higiene, que deverá obedecer a regras já bem estudadas e implementadas, a identificação de alterações na cavidade oral e o conhecimento, mesmo que básico, quanto ao funcionamento do sistema estomatognático, podem fazer toda a diferença, limitando os potenciais condicionalismos sociais e, claro, posteriormente, contribuir para uma perfeita integração na comunidade (Schulz, 2003).

Por uma questão meramente informativa, pelas várias dúvidas existentes em torno deste assunto, é importante ressaltar de que os dentes, enquanto elementos vitais do corpo humano, não necessitam de erupcionar no *timing* que muitas vezes é apresentado nas mais variadas tabelas de laboratórios, livros ou pelo corpo docente. Esta erupção depende de vários fatores, nomeadamente genéticos, e por conseguinte não é tão linear quanto possa parecer. Mas existem de facto contributos inquestionáveis que podem fazer toda a diferença e que certamente vão ser os que ditam a realidade do futuro.

Uma excelente escovagem, um bom uso de fio dentário, a diminuição da placa bacteriana, o uso de um bom elixir, uma boa raspagem lingual, uma boa observação diária, uma visita ao médico dentista periódica, e todos outros elementos que facilitem a paragem da galopante doença, são fundamentais para uma diminuição drástica deste flagelo humano (Trigo, 2001).

## **ii. A patologia periodontal e suas principais implicações**

A doença periodontal – Periodontite – por classificação dentária é uma inflamação dos tecidos de suporte da peça dentária. A sua causa prende-se fundamentalmente com a presença, de espaço entre a peça dentária e os tecidos circundantes, onde se vai

depositar a já referida placa bacteriana. Posteriormente, pelas toxinas lançadas na cavidade oral, inicia-se todo um processo inflamatório, que põe em causa cada vez mais o suporte dentário. Inicialmente parece “apenas” ser uma gengivite (pela presença de edema, hemorragia e uma cor avermelhada escura). Mas depois, facilmente se percebe que a alteração existente não está apenas localizada nesta área circunscrita e visível do dente, mas transitou para um plano inferior, pondo em causa a sustentação do próprio dente, atingindo o osso alveolar, o ligamento e parte inferior da estrutura dentária, sinal de que algo está em desequilíbrio e que deve ser identificado. O aparecimento desta halitose pode não ser apenas pela existência de periodontite, pois este tipo de fenómeno pode ter variadíssimas origens: fisiológicas, sistémicas, higiene oral desadequada, e mesmo, alterações do foro do otorrinolaringologista (Trigo, 2001).

Os múltiplos fatores, locais e sistémicos, são os principais responsáveis pelo aparecimento e proliferação das patologias periodontais. Decorrem de processos inflamatórios e infecciosos, que progridem precisamente pela atuação de enzimas que medeiam a síntese dos mediadores inflamatórios (citoquinas e prostaglandinas) e dão, ou podem dar, origem à perda óssea e dos tecidos de sustentação dentários. Deve-se também este facto à quase inexistência de células de defesa (Pahel *et al.*, 2007).

A periodontite (muitas vezes apresentada pelos doentes, como a piorreia), descrita como uma doença inflamatória crónica do periodonto (estrutura dinâmica e constituído por gengiva, ligamento periodontal, cimento e osso alveolar), tem início na gengiva e estende-se, na fase mais crónica, a todos os tecidos de suporte do periodonto. Tem uma direta e significativa contribuição para a perda das peças dentárias, fundamentalmente na população idosa, apesar de que se tem vindo a notar cada vez mais em populações mais jovens (Milgrom & Reisine, 2000; Nishida *et al.*, 2000).

### **iii. Erosão dentária**

Ao contrário do que acontece na cárie dentária e na periodontite, a erosão dentária, sendo também uma patologia do aparelho estomatognático, está na maioria das vezes relacionada com o refluxo gastroesofágico, provocado por alterações dietéticas, nomeadamente ingestão de bebidas carbonadas ácidas, sumos de frutas ácidas, vinagre, entre outros. Esta ingestão está aceite socialmente como aceitável independentemente do grupo social. Leva a uma alteração da flora oral, pela existência de agentes químicos

entre os quais (ácido cítrico, málico, carbónico, fosfórico), que incidem nos tecidos duros das peças dentárias, atingindo o esmalte (Mercier, 1969; Zero, 1996; Fushida & Cury, 1999; Franco, 2008).

No entanto este “ataque” pode progredir e dar origem a lesões na dentina e depois, e mais marcadamente, na polpa. Uma vez constatadas as alterações no esmalte, torna-se inevitável a intervenção do médico, para que não ocorram alterações na oclusão provocadas pelas mudanças cuspídicais das peças dentárias e, claro, o aparecimento de mais cáries dentárias. A função mastigatória começa a ser posta em causa e muitas vezes há um colapso intermaxilar. Decorrente desta mesma patologia surge frequentemente a hipersensibilidade, que poderá ser intervencionada terapêuticamente e com a ajuda muitas vezes inexistente da saliva, pela sua característica analgésica provada (ação tamponante que remete para a produção de endorfinas), mas muito contestada (Parry *et al.*, 2001, Al-Malik *et al.*, 2001; Dinçer *et al.*, 2002; Lostaunau, 2006; Franco, 2008).

Franco (2008) acrescenta que num processo de erosão dentária não é muito viável o processo de remineralização, pelo que, a absorção dos principais iões minerais, cálcio e fósforo, por parte da dentina (fundamentais para a remineralização), não se verifica. No mesmo estudo é referido ainda que a “simples passagem de água pela cavidade oral” diminuirá a quantidade destes ácidos e, portanto, poderá ser favorável para que este processo de remineralização possa fazer-se sentir.

Na figura seguinte claramente se identificam algumas alterações dentárias e tecidulares. Para além de uma ausência de oclusão dentária estável (estamos perante uma oclusão topo-a-topo), existe uma perda substancial dos bordos incisais das peças dentárias anteriores e posteriores. É interessante verificar também, e como complemento da informação, a existência de gengivite, o que nos alerta para a necessidade de uma visão holística. A cavidade oral não é apenas constituída por peças isoladas mas sim por um conjunto de elementos que entre si estabelecem funções fundamentais para o seu pleno funcionamento.



Figura nº 4 – Erosão dentária

(retirado da internet, Google, 18/02/2013 pelas 18h)

#### iv. **Cárie dentária *versus* processo de fluoretação**

A fluoretação da água, em decurso desde 1945, tem por base a prevenção e a diminuição no aparecimento da cárie dentária, que, tal como já referido, apresenta uma morbilidade marcante. Esta é uma técnica de atuação na saúde pública recomendada pela OMS, e também introduzida em Portugal. Importante referir que este método de prevenção era já notado nos anos quarenta, onde se tentava esclarecer quanto ao poder cariostático que a fluoretação promovia (Dean, 1938; Loyola-Rodriguez, 2000; Mariño, 2006, 2007).

As constantes alterações no estilo de vida das pessoas, as alterações climáticas marcantes, o aparecimento de muitas pastas dentárias e com características distintas, elixires, a marcada alteração dos hábitos alimentares (elevado consumo de bebidas gaseificadas), fez com que houvesse necessidade em alterar as recomendações, até então existentes, e se pensasse quanto à concentração e quantidade de flúor nas águas a introduzir nos mesmos elementos (OPS, 1976; WHO, 1994; Mariño *et al.*, 2004).

A vantagem acrescida em aliar uma correta e eficiente escovagem dentária à ingestão de quantidades de flúor, compatíveis com o que muitos autores designam como o “normal” (0.7-1.2 mg/L), fazem desta “dupla” operativa, também, uma forma de grande combate ao aparecimento de cárie e mesmo à sua hipotética progressão (Hernández *et al.*, 1973; Rozier & Dudney, 1981; CDC, 2001; Mariño, 2004, 2006, 2007; Medina-Solis *et al.* 2008; Alvarez & Sabogal, 1999).

Era necessário, fazer-se introduzir modelos de promoção e programas preventivos, nomeadamente com a introdução de flúor, capazes de responder de forma inequívoca à



dúvida lançada e que culminassem no objetivo pretendido: diminuir a prevalência de cárie (Petti & Simonetti, 1997; Alvarez & Sabogal, 1999).

Esta necessidade é sentida desde sempre, até pela própria WHO (2009), pois, atendendo aos estudos efetuados e resultados obtidos, verifica-se que as opiniões são muito divergentes, e as dúvidas levantavam-se. Em 1994 colocava-se muito em dúvida se colocar no leite maior quantidade de flúor seria ou não interessante, tendo em conta os fatores cariogénicos existentes no próprio leite e nos aditivos a este. Pensar nestas discordâncias, perfeitamente aceites e compreensíveis, não seria positivo para podermos avançar positivamente no sentido de se evitarem males maiores? (Vignarajah, 1997; CDC, 2010).

Autores como Campos (1983) e Stashenko (2002), atentos a este problema de serviço público, acreditam que enquanto não forem colocados em prática programas que controlem a qualidade e quantidade de flúor usado, servindo-se para tal de mais estudos, *in-vitro*, *in-vivo* (Davis *et al*, 2007), de forma sistémica e/ou tópica, não se conseguirão avaliar todos os elementos presentes neste puzzle de difícil resolução, e por conseguinte, não deverão ser retiradas conclusões precipitadas ou mesmo pouco sustentadas quanto a esta matéria, e à sua aplicação na diminuição da prevalência da cárie dentária (Almeida *et al.*, 2003; Mariño *et al.*, 2006; Medina-Solis *et al.*, 2008).

Como ponto de conclusão, neste que será certamente um tema que está em constante evolução e avaliação, e tendo em conta os últimos estudos realizados a nível internacional, com resultados que vão no sentido de uma ampla diminuição de cárie, aquando da fluoretação, afere-se que a prevalência poderá diminuir até valores próximos dos 60% (WHO, 2010).

Corroborando a ideia anteriormente apresentada, pode entender-se que a medida preventiva de fluoretação é favorável e altamente economicista, pois consegue diminuir para metade o gasto em restaurações dentárias (Frias, 2006).

Ora, esta é a ideia que hoje se mantém mais sustentada, o que por si só, não implica que continue a haver grande discórdia dentro do grupo de investigadores que se dedica a esta matéria.

**v. Hábitos de higiene oral e utensílios necessários**

Os meios mecânicos usados para remover a grande maioria de fatores cariogénicos, promovendo-se assim o aparecimento de biofilme, que efetivamente produz uma proteção eficaz contra a cárie dentária e outras patologias da cavidade oral, vieram, quando bem utilizados, diminuir o risco do aparecimento das mesmas. Mesmo assim deve ser tida sempre em conta a predisposição genética que o indivíduo apresenta para o aparecimento de certas patologias.

Rank, Rank, & Dib (2006), afirmam que auxiliar estes meios mecânicos com agentes químicos é altamente positivo, uma vez que se consegue uma intervenção na promoção e prevenção de saúde oral, diminuindo a cárie dentária e algumas doenças do foro periodontal. Referem mesmo que o efeito tamponante da saliva pode ser visto como mecanismo químico de defesa no combate a estas alterações.

Num estudo realizado por Figueira & Leite (2008), a escovagem dentária apresentou-se como a melhor medida preventiva tida contra o aparecimento de cárie dentária, atendendo à população estudada. Adenda-se que os fatores culturais, sociais e económicos, contribuem sobremaneira para este efeito positivo, apoiando portanto todas as vozes que indicam o homem como ator singular, com aspetos físicos, emocionais e comportamentais que devem ser tidos em conta quando em estado de debilidade física ou mental.

A higienização oral tem sido preconizada para todos os indivíduos, sendo considerada um requisito importante de aceitação social. Um dos motivos que levam as pessoas a realizar a escovagem é o desejo de terem um hálito agradável, de terem um sorriso bonito, de se sentirem confortáveis e de serem socialmente aceites. A escovagem dentária, procedimento de higiene oral realizada regularmente, só traz benefícios, sendo que neste mesmo estudo se chegou à conclusão de que existem muitas dificuldades no acesso aos restantes recursos existentes (fio dentário, colutórios, entre outros), tendo por conseguinte menor possibilidade de melhorar a cavidade oral.

Massoni e seus colaboradores (2005), em consonância com estudos anteriores, referem que o controlo mecânico do biofilme deverá ser tido mais em conta nos pais e nas crianças. Porém incluem a utilização da melhor técnica de escovagem e a utilização do fio dentário como determinantes e marcantes para o pretendido, o que representa algo de

diferente comparativamente ao anteriormente referido. Pretende-se portanto, uma boa higiene oral, que contemple uma boa escovagem dentária, utilização de fio dentário, dentífricos com flúor, de raspadores linguais e de colutórios, enquadrados à população e à idade da mesma.

Existem vários métodos de escovagem dentária, manual ou elétrico. Alguns implicam menor destreza manual e outros, uma grande capacidade de visionamento e de adaptação, para que possam reproduzir na íntegra o que lhes é solicitado: boa escovagem! Para que melhor se entenda de que forma estes métodos podem ajudar ou não a obtenção de uma higiene oral correta, entendemos ser interessante e quase indispensável, descrever um pouco das técnicas mais usadas e ensinadas quando inseridos em programas de promoção da saúde oral. As técnicas de Bass, de Charters, e a de Fones, assim como a de escovagem fisiológica, são as mais usadas e as mais indicadas.

Na técnica de Bass, a escova é colocada de modo que as cerdas fiquem com uma inclinação de 45° em relação às superfícies dentárias. A escova movimenta-se em torno das peças como um movimento vibratório para a frente e para trás, até que atinjam o sulco gengival. Esta técnica revelou-se particularmente eficaz quando usada na higienização das faces lingual e vestibular das superfícies proximais.

A técnica de Charters foi apresentada como particularmente útil na limpeza das superfícies proximais. As cerdas são colocadas nas áreas proximais e, com um delicado movimento vibratório, forçadas entre os dentes.

A técnica de Fones, muito usada, é de fácil aprendizagem e tem-se revelado muito útil nas crianças. A escova é aplicada sobre os dentes com alguma pressão enquanto se realizam movimentos circulares amplos. As superfícies linguais são limpas, tal como acontece com Bass e com Charters, com um movimento para a frente e para trás. Como em todas as técnicas em que são realizados movimentos circulares, a escova deve ser mole. Esta técnica está contraindicada nas situações de periodontite, pela possibilidade de grande hemorragia gengival, o que poderá ser condicionante para o paciente.

A técnica fisiológica baseia-se na premissa de que, durante a mastigação, os alimentos são deflectidos para apical, ou seja, no sentido ocluso-gengival. A utilização destas técnicas pressupõe o uso duma escova mole, pois quanto mais duras forem as cerdas,

mais possibilidade existe de ferir as gengivas. Os dentes são limpos por um movimento das cerdas da escova, desde a coroa até à raiz, simulando o deslocamento dos alimentos sobre os dentes (Alexander *et al.*, 1984).

A população adulta deverá acompanhar e ser interventiva, durante a escovagem das crianças, para que estas adquiram à partida os conhecimentos necessários para uma realização de escovagem eficaz, tal como já havíamos referido anteriormente. Este acompanhamento será mais ou menos prolongado, assim haja por parte da própria criança vontade e interesse na dita aprendizagem. Situações há em que este acompanhamento será utilizado, verificando-se este facto nomeadamente em crianças com dificuldades motoras e físicas que as condicionam totalmente. Aos 9 anos, a maioria das crianças já consegue realizar sozinha a sua higiene oral básica, pelo que os pais só os devem ajudar nas zonas de maior dificuldade de acesso ou se a criança não cumprir, pelos problemas já indicados. Nestas idades, já não existe grande risco quanto à ingestão de substâncias fluoretadas (por exemplo: dentífricos, colutórios e géis) devido à capacidade entretanto adquirida de cuspir, eliminando quase por completo as quantidades que possam pôr em causa o aparecimento de fluorose (McDonald & Avery, 1990).

O que se entende como fundamental para elementos em idade escolar, projeta-se e torna-se como essencial em idades adultas, uma vez que, à medida que a idade avança, menores são as defesas orgânicas das pessoas e consequentemente, os dentes e todo o tecido periodontal, são também afetados. Uma alteração muito comum entre os elementos em fase adulta é o bruxismo, que acaba por fazer um desgaste significativo das cúspides e põe em causa a integridade das próprias peças dentárias. Associado a esta patologia temos as alterações da oclusão e consequentemente, significativas mudanças na articulação temporomandibular – ATM (Carvalho, 2003).

Estas são algumas das grandes consequências da ausência quase total de métodos de higiene efetivos e que normalmente são introduzidos em tenras idades. Sabe-se que em crianças cujo enquadramento familiar é precário e prestem pouca atenção aos cuidados de higiene oral, a prevalência de cárie aumenta drasticamente. Verifica-se e como complemento da informação anteriormente referida um elevado índice CPOD nos pais e membros familiares (OMD, 2002).

A OMD alerta para os problemas mais comuns que surgem com o avançar da idade e alerta para a existência de cáries radiculares, doença periodontal, perda das peças dentárias, cancro oral, xerostomia, entre muitas outras patologias. Adenda o facto de haver alterações nos tecidos, provocadas pelo próprio envelhecimento, que podem ser fatais para as mucosas da cavidade oral, havendo ainda a possibilidade de diminuir a percepção de sabores e alteração da cor dentária. Será portanto importante, atendendo à nossa amostra, que se promovam mais ações de sensibilização e promoção de saúde oral, para introduzir conceitos fundamentais para um estado de saúde oral considerado normal e, desta forma, contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Não sendo a nossa população de idade escolar, entendemos que era necessário alertar para a necessidade de intervir precocemente nesta população, para assim conseguir diminuir os riscos acrescidos nas idades adultas.

#### **vi. Cavidade oral e processo alimentar**

Alguns autores são unânimes e perentórios ao afirmarem que uma dieta rica em sacarose marca preponderantemente a etiologia da cárie dentária. O hidrato de carbono é facilmente fermentado e metabolizado pelos *Streptococcus* do grupo *mutans*, e a sua consistência, assim como frequência como que este é ingerido, interfere no poder cariogénico dos indivíduos (Ribas *et al.*, 1999; Cortelli *et al.*, 2004; Novais *et al.*, 2004; Batista, 2007).

Dado o interesse em relacionar a dieta em hidratos de carbono com o nível cariogénico, Figueira e Leite (2008), apresentam um estudo onde referem que o controlo da dieta é um fator preventivo pouco considerado pelos pais, pois normalmente, estes mesmos pais, entendem que é necessário que os seus filhos ingiram alimentos com muitos hidratos de carbono. Não só porque pensam ser o mais energético, mas fundamentalmente em casos de famílias mais desfavorecidas, porque estes alimentos são os que os “filhos dos outros” também ingerem, apoiando-se aqui numa gestão social, perfeitamente enraizada.

Não só se sente este eventual interesse em introduzir os hidratos de carbono na dieta, por parte dos pais e familiares, como a isso são pressionados pelas campanhas publicitárias que impulsionam o seu consumo. Claro que dada a redução do tempo destinado ao preparo dos alimentos pelas mães (que agora têm empregos com maior

duração e muito longe de casa), há maior tendência para adquirir os produtos industrializados. A associação cultural entre doces e a satisfação de necessidades de prazer e afeto ou de compensação às frustrações, tem também aqui um papel de grande destaque, e continua a ser tido em linha de conta, pois, quanto mais doces forem ingeridos, mais força têm para aguentar um dia de aulas e até, mais facilmente aprendem a matéria. Muitos casos representam o próprio posicionamento dos pais, pois estes incitam e fornecem estas “ementas”.

Concluindo, os autores alertam para a necessidade de uma ação política que estimule e facilite a adoção de uma alimentação mais saudável e, da realização de práticas educativas que permitam a elaboração de estratégias para o estabelecimento de um consumo racional de açúcar pela comunidade começando-se tal processo naqueles que não são indivíduos adultos da sociedade: as crianças (Figueira & Leite, 2008).

Como complemento ao acima referido, um estudo de Salcedo et al, auferido em 2009, apresenta os seguintes elementos: 20,9% das crianças inquiridas consideram que evitar comer doces torna os dentes mais saudáveis; 46,8% gosta da publicidade televisiva sobre doces e bebidas, 10,4% refere consumir os produtos publicitados; 35,1% diz escovar os dentes para os ter limpos; 20,2% para evitar a cárie e 72,7% refere que os pais são os que decidem os produtos alimentares e de higiene em casa. Depende muito da família o controlo destes fatores. A alimentação é um fator extrínseco, diretamente relacionado com o aparecimento de cárie dentária, mas que depende de múltiplos fatores e portanto, de difícil intervenção quando se preconiza a sua alteração ou pelo menos, adaptação (Salcedo *et al.*, 2009).

Como já mencionado anteriormente, entendemos ser importante a apresentação aqui de estudos sobre populações escolares, para que se entenda a necessidade de intervir precocemente, pois os riscos em população adulta são acrescidos pelas próprias alterações orgânicas, tanto físicas como emocionais.

#### **vii. Políticas de saúde oral e sociedade mais justa**

A noção de equidade e a necessidade urgente desta ser implementada, parece ser uma ideia muito consensual, nomeadamente nos cuidados de saúde. Apesar de ela começar desde há algum tempo a fazer o seu caminho nesta área, a sua implementação esbarra com a complexidade dos sentidos e saberes a serem tidos em conta, bem como com o

interesse político na sua efetivação, tendo em conta questões ideológicas e culturais, ou ainda dificuldades económicas e sustentabilidade dos sistemas de saúde público. Tenta-se uma descentralização dos serviços, procura-se meios auxiliares de diagnóstico mais avançados, recursos humanos mais interventivos, assertivos, recursos financeiros mais sustentados, oferta de serviços nas mais diversas áreas, mas, o que é certo, é que tudo parece funcionar lentamente. A resposta mais adequada tarda em chegar e as necessidades sentidas pelos utentes são cada vez maiores, provocando sem dúvida alguma, revolta juntos dos mesmos. Esta inadequada resposta, junto de população marginalizada, cria um exponencial processo de exclusão e de menorização social (Fausto *et al.*, 2003).

As desigualdades existentes na saúde são vistas como “a prevalência ou incidência” de determinados problemas patológicos, detetáveis quando se relacionam indivíduos socioeconomicamente estáveis ou com níveis económicos elevados, com indivíduos com um baixo rendimento financeiro e um fraco enquadramento social, em que ambos os grupos sofrem dessas patologias (Mackenbach & Kunst, 1997).

Ao padrão de morbilidade e de mortalidade estão também associados a determinados fatores que se interligam e que depois podem ou não contribuir para o melhoramento da saúde, dependendo muito dos grupos a que se adequam e a quem se aplicam marcadores determinantes e os recursos de informação usados. Assim, o termo desigualdade, e neste caso, em concreto, na saúde, começa a ser objeto de interesse, possibilitando dessa forma, a introdução de novos programas de intervenção, que diretamente estão de acordo com as condições políticas, interferindo de forma mais ou menos marcante neste processo.

Na década de 80, este conceito já possuía uma certa atenção, pois a OMS teria referido e definido uma estratégia, que tinha por base a “saúde para todos no ano de 2000”, promovendo-se desta forma e sem qualquer estigma, uma saúde unitária, indiferenciada mas com a qualidade garantida a todos os que dela necessitam. Esta mesma estratégia pretendia defender um direito à saúde igualitária, e centrada num conceito fundamental: justiça social, sem qualquer juízo de valores e sem qualquer elemento externo ao utente que pudesse condicionar o seu bem-estar e o seu pleno atendimento e tratamento. Whitehead (1991), atendendo ao pretendido apresenta uma listagem em que identifica algumas das muitas desigualdades existentes na saúde, separando as que considera

injustas e as que não expressam justiça, tal como refere, corroborando a ideia, Viana *et al.*, (2003).

Temos portanto.

*“1. Desigualdades injustas:*

- *Comportamentos perigosos nos quais os indivíduos têm pouca escolha em relação ao modo de vida;*
- *Condições de vida definidas por fatores socioeconómicos;*
- *Condições de trabalho – exposição a fatores de risco;*
- *Inadequado acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais.*

*2. Desigualdades não injustas:*

- *Variações biológicas naturais;*
- *Comportamentos perigosos que são escolhas dos indivíduos;*
- *Vantagens temporárias de um grupo, como saúde, as quais podem ser incorporadas rapidamente por outros grupos.” (Viana et al., 2003: 59).*

Depreende-se que a autora entende que a desigualdade e, consequentemente, a equidade existente, não depende apenas das políticas pré existentes e ora patentes.

Mais recentemente, um outro autor, entendeu ser pertinente alterar o que havia sido descrito pela autora, definindo a equidade em contexto de saúde. Assim, equidade no que concerne à saúde é uma *“ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspetos do status de saúde...onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical)”* (Starfield, 2001: 53).

Atendendo ao referido, entende-se urgente atuar em prol de uma saúde igualitária e com equidade, nomeadamente na saúde oral. Mas o que é certo e cada vez mais sentido é que não há um interesse notório nesta mudança. E verifica-se que os utentes, fundamentalmente os que apresentam maiorias e significativas condicionantes, estão cada vez mais afastados de uma saúde satisfatória.

Paim & Teixeira (2006) referem que a “política de saúde” depende de vários fatores, nomeadamente de uma resposta social mais efetiva, uma plena organização



governamental, atendendo a todas as condições de saúde necessárias por parte da população, e uma estreita relação entre a produção e gestão dos próprios serviços, quer por mecanismos organizacionais e tecnológicos, quer por empenhamento dos elementos humanos.

Claro que esta afirmação levanta por si outras questões, pois, a política de saúde é demasiado abrangente, abarca variadas vertentes, mas rege-se por programas organizacionais e por diretrizes impostas pelo poder político e, quando colocadas em prática, apenas algumas delas têm um efeito significativamente positivo na população. O papel representativo do Estado e a relação deste com a sociedade envolvem a própria política de saúde. Existem determinantes comuns e prioridades muito similares, nomeadamente económicas e sociais, mas há políticas altamente discutíveis, pelo que as disparidades podem existir entre as várias pessoas e grupos. Há ainda disparidade entre o que se pretende e o que é realmente colocado em marcha, e claro, mais uma vez é colocada em causa a questão de equidade (Barbosa, 2010).

O mesmo autor acrescenta que a saúde depende inteiramente de “*diversos intervenientes e dos contributos de diferentes serviços*”, o que explica a necessidade de intervenção e promoção, multidisciplinar e transdisciplinar, neste contexto profissional, sem o qual não há possibilidade de reverter a atual realidade.

A sensação de que algo deverá ser modificado está há muito presente, mas tudo parece ser lento ou as mudanças inexistentes. Em contexto de marginalização, tudo parece ser ainda mais lento e acaba por assumir um papel muito mais marcante pelo sentido de exclusão social, pelo desespero demonstrado, pelo agravamento patológico, pela intolerância da população, pelo próprio processo de automarginalização, enfim, por todos os elementos que favorecem uma maior negligência por parte dos próprios indivíduos e da sociedade.

Concluindo, as políticas de saúde que possam favorecer o acesso de forma igualitária e que contemplem todos os elementos necessários para reduzir os efeitos nefastos na saúde oral, devem ser questionadas e melhoradas, aproveitando os conhecimentos já existentes (Paim & Teixeira, 2006).

A crescente dificuldade económica, os fatores genéticos que podem estar presentes e serem fatores que põem em causa o bom comportamento do aparelho estomatognático,

o espaço geográfico ocupado pelo indivíduo, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, a diversidade cultural, a etnia a que se pertence, os tratamentos inadequados, a quase inexistente capacidade e vontade na constituição de equipas multidisciplinares, fazem com que este problema se agrave. E isto é mais grave na população marginalizada e desfavorecida, pois esta não consegue seguir as regras básicas e fundamentais para obter uma saúde oral condigna e minimamente aceitável (Babson *et al.*, 1973; Sloane *et al.*, 2003; Waker, 2005; Alderman *et al.*, 2007; Hale *et al.*, 2008).

## **CAPÍTULO III - CONTEXTOS DE MARGINALIZAÇÃO EM SAÚDE ORAL**

### **Introdução**

Neste capítulo pretende-se perceber como se tem investigado a questão da forma como os grupos sociais com comportamentos tipificados como “marginais”, ou pertencentes ao mesmo tempo a idades e grupos desfavorecidos, como é o caso de certos grupos de idosos, e que são, de facto “marginalizados” e “excluídos” socialmente, chegam ou conseguem chegar aos serviços de saúde. Depois de vermos quais são esses grupos e como são descritos, o objetivo é analisar a forma como são tratados, atendendo a uma realidade que a literatura científica releva, ou seja, a disparidade entre os direitos e deveres constitucionalmente estabelecidos no acesso à saúde, e o que de facto acontece na sua relação com as instituições de saúde e seus profissionais, dentro de um contexto social e cultural onde essa relação é vivida, com as representações sociais socialmente construídas e aceites.

Enquanto utentes, mas membros de um determinado grupo que a sociedade rotulou de “marginalizado”, pode-se verificar o estigma, ainda mais presente quando o utente apresenta “risco de contágio”, ou simplesmente quando tem uma apresentação ou “odor” que “denota” a pertença a um grupo desagradável e a evitar. Uma evitação que não é levada ao extremo na maior parte das vezes, pois estes utentes, de algum modo e em situações mais graves, são atendidos pelo sistema. Mas mesmo nesse atendimento, estes utentes experienciam alguma forma de “evitação” e afastamento, através de uma sentida diferenciação no atendimento.

Qualquer país apresenta algum tipo de dificuldades, em muitos âmbitos, sendo que aquelas que dizem respeito ao campo sanitário são das mais importantes. Vários fatores interferem nestas dificuldades, sejam os de ordem económica, sejam os organizacionais, ou ainda os de ordem cultural e social. A sociedade é heterogénea e vive entre opções diferenciadas, onde as ordens do poder se estabelecem e organizam as suas prioridades. Assim, temos uma história da saúde pública e uma história dos desafios a que ela teve e tem de responder. Só um estudo destas relações e da tal heterogeneidade social permite

ver como as políticas sanitárias estão ou não sujeitas a uma crítica dos poderes estabelecidos e das prioridades de uma nação.

Impõe-se aos investigadores analisar estes processos de exclusão e os procedimentos de atendimento diferenciados dela decorrentes, de modo a sugerir e propor aos decisores políticos medidas e instrumentos que ajudem a superar ou mitigar tal discriminação.

### **3.1. Impacto da doença na economia portuguesa**

#### **i. Políticas sociais já aplicadas**

Furtado & Pereira (2010) apresentaram um resumo ilustrativo das ferramentas mais aplicadas pelos nossos governantes, sendo que o objetivo primordial seria diminuir as iniquidades existentes e bem marcantes na área da saúde. Nota-se que existe uma verdadeira consciencialização da necessidade de intervir, nomeadamente, por exemplo, na saúde oral, pela introdução do PNPSO (cheque dentista, panfletos informativos, promoção). Mas apesar desta constatação e destas medidas, também se verifica que elas pouco ou quase nenhum efeito têm no melhoramento do estado geral da saúde oral. A atribuição dos cheques está repartida em grupos: crianças, grávidas, idosos e, ultimamente, aos portadores de VIH, o que, por si só, poderá ser interpretado como um forte contributo para a questão da igualdade. É importante referir que a saúde oral sempre foi uma área da saúde muito marginalizada, pela constante pouca atenção para com a mesma pelos responsáveis sanitários (OMD, 2011). Esta medida proposta, a dos cheques dentista, foi alterada já no decurso de 2012, (OMD, 2012), retirando-se alguns dos subgrupos que usufruíam desta vantagem.

No que à saúde oral diz respeito, apresentamos no quadro seguinte algumas das medidas que estão em curso.

Cheque dentista (Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral).
Cuidados especializados - Saúde Oral. Intervenção de âmbito nacional.
Acesso dos grupos mais vulneráveis (crianças, jovens, grávidas, idosos com CSI) aos cuidados de saúde oral.

Emissão nos centros de saúde do 1º cheque para prestação de cuidados no sector privado, após confirmação da elegibilidade do utente no PNPSO. Em função das necessidades do utente é também assegurada a emissão do 2º/3º cheques-dentista, no consultório privado. Depende da Coorte em causa.
Aumento do número de utentes abrangidos pelo programa. Não existe avaliação na redução das desigualdades no acesso.

Quadro nº 1 – Medidas relativas à saúde oral

No que diz respeito à saúde em geral, e até para que se entenda que há maior interesse e intervenção neste campo, apresentamos uma tabela que descreve a forma em que se pode intervir, o objetivo e, não menos importante, a avaliação de intervenção realizada. Ora vejamos:

Intervenção	Área de Atuação	Objetivo	Descrição	Avaliação
Intervenção Linha Saúde 24	Ação ao nível da organização do sistema de prestação de cuidados. Intervenção de âmbito nacional.	Melhorar o acesso aos cuidados de saúde através da triagem e aconselhamento dos utentes	Esta linha de atendimento telefónico presta para além de triagem, aconselhamento e encaminhamento, informação geral de saúde.	Tem sido avaliado o número de atendimentos, tempo de espera e tipo de serviços solicitado. Verifica-se que a Linha saúde 24 é utilizada maioritariamente para triagem, aconselhamento e encaminhamento. Não existe avaliação na redução das desigualdades no acesso.

Intervenção	Área de Atuação	Objetivo	Descrição	Avaliação
Unidades Móveis de Saúde	Cuidados de Saúde Primários. Ação de nível local ou regional.	Melhorar a proximidade e adequação dos cuidados de saúde primários.	Prestação de cuidados de saúde primários, como consultas de enfermagem, cuidados preventivos, ou o encaminhamento para estruturas do serviço nacional de saúde de indivíduos que têm mais dificuldade em aceder ao sistema de saúde.	Não existe avaliação na redução das desigualdades no acesso.
Telemedicina	Acesso a cuidados especializados. Ação de nível local ou regional.	Melhorar o acesso/ proximidade a cuidados especializados e assegurar a eficiência e qualidade na prestação.	Permite que os doentes sejam observados mais perto do seu local de residência e que os cuidados sejam prestados com os níveis de qualidade exigidos.	Não existe avaliação na redução das desigualdades no acesso.

Intervenção	Área de Atuação	Objetivo	Descrição	Avaliação
Consulta a tempo e horas	Intervenção de âmbito nacional.	Redução dos tempos de espera para consultas hospitalares; garantir prazos máximos de resposta de acordo com a prioridade clínica da situação	Consiste num sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar. Estabeleceu níveis aceitáveis de tempo de espera (conforme a prioridade do caso) e permite que quando os tempos de resposta sejam superiores aos definidos, o médico possa referenciar o pedido para outra instituição hospitalar.	Não existe avaliação na redução das desigualdades no acesso.

Intervenção	Área de Atuação	Objetivo	Descrição	Avaliação
Sistema Integrado de Gestão de inscritos para Cirurgias (SIGIC)	Intervenção de âmbito nacional.	Redução dos tempos de espera para cirurgias	Estabeleceu tempos máximos de espera a partir dos quais os utentes podem receber um cheque para efetuar a operação no setor privado.	Diminuição do número de utentes inscritos e da mediana do tempo de espera da lista de inscritos em cirurgia (meses).  Não existe avaliação na redução das desigualdades no acesso.
Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO)	Cuidados especializados - oftalmologia  Intervenção de âmbito nacional mas limitada no tempo	Reduzir o tempo de acesso a consultas de oftalmologia  Garantir o acesso à cirurgia da catarata em tempo adequado.	Contratualização de cirurgias e consultas adicionais, estimulando o aumento da produção hospitalar.	Aumento do número de primeiras consultas em oftalmologia; Redução da Média do tempo de espera para 1 <sup>a</sup> consulta;  Redução da Mediana do tempo de espera para cirurgia.



Intervenção	Área de Atuação	Objetivo	Descrição	Avaliação
Benefícios adicionais do Complemento Solidário do Idoso	Financiamento de cuidados de Saúde. Intervenção de âmbito nacional.	Atribuição de benefícios adicionais na aquisição de medicamentos, óculos e próteses dentárias aos idosos com rendimentos reduzidos.	Os benefícios adicionais incluem a participação financeira no preço dos medicamentos, na aquisição de óculos e lentes e na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis.	Não existe avaliação na redução das desigualdades no acesso.
Comparticipação total dos medicamentos genéricos para os pensionistas	Financiamento de cuidados de Saúde. Intervenção de âmbito nacional.	Reduzir os encargos com medicamentos nos grupos populacionais mais desfavorecidos.		Não existe avaliação na redução das desigualdades no acesso.

Quadro nº 2 – Medidas relativas à saúde em geral

Estas são algumas das medidas que estão em curso, no sentido de promover um acesso melhorado e diferenciado à saúde. Claro é que, são medidas dinâmicas e em constante mutação e, portanto, o que hoje parece ser um inequívoco meio de ação, amanhã passa a ser um meio inexistente! Corroborando esta opinião, temos o exemplo das taxas moderadoras, que inicialmente eram previstas como meras participações, hoje passaram a ser quase a base de pagamento para o sistema de saúde, reduzindo, como era expectável, as consultas hospitalares.

Mas voltemos às políticas sociais existentes e que neste momento ainda estão em aplicação. A introdução dos medicamentos genéricos (com um princípio ativo, a ser verdade, que é o mesmo do medicamento original) veio diminuir drasticamente os gastos neste setor. Aliás esta alteração terapêutica tem levantado várias questões, inclusive junto dos fornecedores de produtos farmacêuticos, pelo constante incumprimento no pagamento e na constante modificação de tabela de encomendas efetuadas pelas pessoas responsáveis.

Outros fatores que têm vindo a ter grande impacto nesta matéria, como é o facto das próprias medidas terem sido em parte recusadas pelos médicos, pois entendiam que os genéricos não tinham o mesmo efeito. Situação que ainda hoje se verifica, nomeadamente numa certa relutância em prescrever alguns medicamentos, baseados apenas na substância ativa. Os utentes/doentes são, de alguma forma, pioneiros na aplicação destas medidas, na medida em que são eles que, cada vez mais, solicitam junto dos médicos a prescrição dos genéricos, pois assim mais facilmente os conseguem adquirir, atendendo às grandes dificuldades económicas por que passam.

A negação de alguns medicamentos ou apenas a sua não comparticipação, em doenças muitas vezes designadas como psicossomáticas, nomeadamente a fibromialgia e artrite reumatoide, faz com que a população, em geral, tenha menor qualidade de vida e, consequentemente, maior sofrimento, podendo ser também uma forma de marginalização e portanto de exclusão social.

As reformas cada vez mais diminutas, aliadas aos constantes aumentos na taxa moderadora, são também uma forma de diminuir o acesso à saúde. O facto de não terem, economicamente, condições que favoreçam o acesso, faz com que se eleve a possibilidade de aumentar o aparecimento das patologias associadas, e, é óbvio, aumentar também os gastos com a saúde.

## **ii. Algumas das potenciais ferramentas que podem diminuir a iniquidade no acesso à saúde oral**

Do que se sabe sobre grupos marginalizados e excluídos, é fácil perceber que tudo o que possa contribuir para melhorar a sua qualidade de vida, se transforma, sem dúvida, numa mais-valia e, claro, deverá ser entendido como positivo e altamente merecedor de apoio. No entanto, teremos de ter em atenção o facto de que aquilo que muitas vezes

entendemos ser o melhor, ser interpretado como o pior para o potencial utilizador dos serviços, nomeadamente, dentro das camadas ou grupos referidos como marginalizados. Dá-se o caso de estes utentes se sentiram cobaias, e desenquadrados socialmente, tanto a nível familiar, como económico e até nos espaços geográficos onde vivem (Clavel, 2004).

A exposição social a que muitos dos indivíduos foram sujeitos nos seus tratamentos marca uma grande parte da sua visão sobre os sistemas de saúde. Razão para uma autoexclusão e fuga a esse mesmo sistema. Atenda-se ainda ao facto de que, independentemente do que se altera, o estigma social é percebido por este utente excluído, levando-o a uma deslocalização muito significativa, para fugir a essa exposição social que o marginaliza.

E se a exclusão social se verifica nas necessidades sanitárias básicas, ela poderá ser mais significativa quando tratamos de saúde oral. Vista já como um luxo pela população em geral, parece ao excluído um luxo maior. Relevar e descobrir porque esta perceção resiste a valores e a políticas mais intervenientes e igualitárias, obriga o investigador a uma aproximação ao terreno, muito mais complexa e multidisciplinar. Daí o valor e a necessidade das equipas de trabalho com vários profissionais e especialistas. Se para uma grande parte da população, a ideia de que os “dentes” não são necessários, pois existe sempre a hipótese de colocar uma prótese, deixa de ser entendida de forma tão clara, os indivíduos que sofrem processos sociais de marginalização ainda não estão sensibilizados para esta descoberta e este interesse. De facto, a sociedade em geral está a passar por um início de mais seletividade e exigência quanto à cavidade oral, principalmente no que diz respeito ao aspeto estético, pois ainda não está atenta às possíveis alterações que provocam patologias bem mais graves. Essa preocupação está bem longe dos grupos e meios excluídos, sendo até a má saúde oral uma das características apontadas por aqueles que querem reforçar os processos de marginalização dessas populações.

Não deixa de ser interessante chamar aqui a reflexão para um facto que está, em parte, na justificação para uma fuga aos serviços de medicina dentária. O medo que havia em recorrer a estes serviços por causa dos utensílios usados, e pelo atendimento muitas vezes desadequado. Quantas vezes ao instrumento e ao profissional de saúde oral estavam associados o sentido mais agudo da dor? Os atendimentos caracterizavam-se

pela não diferenciação de pacientes e de situações, fossem eles crianças ou idosos, sendo que a marca da dor e da impotência às decisões do médico marcava a relação entre utente e profissional. Hoje tender-se-á a diminuição deste receio tido pelos utentes, devendo-se este facto a uma preparação académica diferente, materiais diferentes, técnicas e instrumentos menos “agressivos” e alguma razoabilidade por parte dos técnicos, em atender e tratar os doentes em função da sua especificidade. Mas quanto maiores forem os impedimentos educativos e o acesso a uma informação mais segura, como é o caso das populações mais desfavorecidas, maiores os receios e os medos estabelecidos há décadas.

### **3.2. Condição e acesso a cuidados de saúde oral em populações marginalizadas e excluídas**

#### **Introdução**

O acesso aos cuidados de saúde oral é, como já antes referimos, um dos mais problemáticos na sociedade portuguesa. Apesar de o nosso estudo ser sobre populações sujeitas a processos de exclusão social, não podemos esquecer que este acesso é já muito dificultado noutros grupos sociais, por diferentes motivos. Um deles está ligado à própria educação e ao conhecimento desfasado e incorreto sobre a necessidade de uma boa saúde oral desde a infância. Sendo assim, se os problemas são já grandes nas populações que não sofrem de particular marginalização, ela é muito maior no nosso universo. De que forma se faz este acesso desde a tenra idade?

Relativamente à realidade portuguesa, Melo e colaboradores afirmam a importância de “ (...) *melhorar a acessibilidade das crianças aos médicos dentistas para que sejam tratadas as lesões estabelecidas, uma vez que atualmente, a disponibilização de meios logísticos para o tratamento das populações, por parte do Sistema Nacional de Saúde, é escassa. A grande maioria dos Centros de Saúde, apesar de possuírem estruturas físicas aptas a serem usadas, não possuem médico dentista ou estomatologista para cuidar da Saúde Oral da população, nem mesmo da escolar*” (Melo et al., 2005:154).

A justificação mais frequente para o facto de as crianças não irem ao dentista é a de não haver ainda, segundo os pais, necessidade de tratamento (Colares e Caraciolo, 2005): “quando sentiu dor (no dente) tomou um remédio e passou!” ou “não tem dentes com

*cárie*”! Apesar de tudo, uma grande percentagem de crianças que recorre aos médicos dentistas não o faz por rotina, mas para tratamentos orais urgentes.

O facto das crianças de escola pública terem ido ao dentista pela necessidade de tratamento (Colares & Caraciolo, 2005), proporciona-lhes uma maior vivência de experiências odontológicas com a doença instalada e, conseqüentemente, tratamentos invasivos e dolorosos, que favorecem o medo e/ou ansiedade, tal como já havíamos referido. Isto leva a que seja criado um ciclo vicioso, onde a doença e a presença de dor alimenta a existência de tal medo e/ou ansiedade, levando o indivíduo a evitar ou adiar o atendimento odontológico. Tal atitude, por sua vez, favorece o agravamento do quadro clínico, proporcionando maior desconforto e favorecendo a sedimentação de emoções negativas. Por isso se defende que os programas de saúde deveriam considerar os aspetos relativos ao conhecimento e às práticas em saúde oral, para viabilizar o processo de capacitação da população, e promover a responsabilização coletiva na promoção da saúde em todos os níveis da sociedade, inserindo aspetos de natureza cultural e antropológica, que determinam os comportamentos relativos à Saúde Oral (Colares e Caraciolo, 2005).

Em Portugal, apenas desde 2005 o SNS começou a contemplar saúde oral, ao consciencializar-se de que algo estaria mal neste setor, e na maioria da população. Nesse sentido, promoveu as medidas anteriormente referidas, com o objetivo de diminuir a prevalência da cárie dentária e a doença periodontal. Cobertos por estas medidas estão as crianças, mulheres grávidas, idosos e portadores de VIH, desde que sigam as premissas do programa Nacional de Saúde Oral. Dever-se-á dar atenção às últimas alterações efetuadas quanto à população a que se dirige os cheques dentista, pelos cortes orçamentais que vão estar previstos pelas medidas políticas atualmente impostas (OMD, 2009).

A grande questão que se coloca é saber se estas medidas alteram a perceção sobre os cuidados sanitários orais e se modificam as disparidades e recorrentes dificuldades no acesso à saúde oral por parte de grupos particularmente sensíveis, como era a sua intenção. Ou, saber até que ponto, caso este plano seja visto como um plano de alteração da situação e com capacidade a ser aplicado a outros grupos sensíveis, como os mais excluídos e marginalizados podem entrar em planos semelhantes e com que probabilidade de sucesso. Ou ainda, as mudanças a serem implementadas passam

somente por planos de saúde, ou exigem mudanças profundas na organização e sustentabilidade social e económica da própria sociedade, que cria essa exclusão?

#### **i. Nível socioeconómico baixo**

Cortelli e seus colaboradores constataram que os motivos que diretamente se relacionam com o decréscimo da prevalência e da severidade da cárie dentária, verificados nos países desenvolvidos, são provavelmente uma exposição frequente e controlada ao flúor, alterações ao nível da ingestão de hidratos de carbono, um maior acesso aos serviços dentários e uma maior educação para a saúde oral (Cortelli *et al.*, 2004; Gesser *et al.*, 2001).

Relativamente aos países em vias de desenvolvimento, a redução da prevalência de cárie dentária não se tem verificado, como seria eventualmente expectável, uma vez que a condição socioeconómica da população parece exercer influência direta na prevalência da doença, o que levou os autores a defenderem a necessidade de mudanças sociais efetivas e não apenas dos hábitos individuais (Baldani, *et al.*, 2004; Ferreira & Loureiro, 2006). Por sua vez, Silveira e seus colaboradores, concluíram que as populações com piores condições sociais apresentam maiores dificuldades em vencer as doenças, no sentido em que não conseguem ultrapassar e alterar as condições ambientais e sociais que geram as referidas patologias, ou então porque não têm acesso, pela sua condição económica, a práticas capazes e eficazes de as tratar (Silveira *et al.*, 2002; Gesser *et al.*, 2001).

A pobreza aparece como uma causa significativa do aparecimento de doenças, sendo, como tal, um fator impossível de controlar de imediato e assim melhorar o estado de saúde (Pontes & Araújo, 2004). Assim, quando as características socioeconómicas são controladas, as diferenças na prevalência de cárie existentes entre as áreas urbana e rural, tendem a desaparecer (Mello & Antunes, 2004).

Podemos, em forma de conclusão, dizer que um nível socioeconómico baixo intervém negativa e preponderantemente na prevalência da cárie dentária. Mas esta não é um fator incontornável, quando se ajustam medidas sociais, políticas e educativas. Sabendo nós que são tantos os fatores que interferem na saúde oral, o acesso à informação e a educação, seja nas práticas higiénicas, seja na alimentação, podem minorar e controlar as consequências expectáveis em saúde oral em grupos de nível socioeconómico baixo.

Lembramos, por exemplo, que o desfasamento entre aquilo que é entendido como útil para uma boa alimentação e o que de facto é ingerido, mostra como a situação pode ser problemática, situando-nos dentro paradigmas sociais relacionados com países em vias de desenvolvimento (Gesser *et al.*, 2001).

## **ii. Alcoolismo e alcoólicos**

O álcool é uma substância que acompanha a humanidade desde os seus primórdios, tendo um papel de grande destaque na maioria das culturas. É considerado um elemento fundamental nos rituais religiosos, ou ainda presença constante nos momentos de comemoração e de confraternização (Edwards *et al.*, 1981).

As diferentes culturas e as diferentes religiões têm sobre o consumo do álcool diferentes posições. Muito do consumo, significado e presença das bebidas alcoólicas nas sociedades contemporâneas está marcado por questões culturais e hábitos enraizados durante longos anos. Podemos assistir, também, para além destas práticas culturais de determinadas sociedades, a um consumo que pode estar tipificado em grupos muito específicos de profissões, contextos geográficos ou, até, em grupos marcados por fatores sociais, educativos e económicos. Assistimos, no entanto, a uma “democratização” do consumo do álcool, entre diferentes idades e géneros; a uma nova geografia do consumo, pois há países e classes que atualmente consomem e antes não o faziam. E tudo isto num momento em que os malefícios do álcool são bem conhecidos, sejam a nível da ordem e estabilidade social e familiar, seja da qualidade de vida e saúde dos seus consumidores (Edwards *et al.*, 1981).

Pode-se verificar ao longo da história que o álcool tem vindo a servir para múltiplas funções. Está ligado a substâncias curativas, a perfumes e poções mágicas etc. Mas ele tem particular significado enquanto bebida, seja a acompanhar a alimentação dos povos, seja no seu uso em rituais festivos ou de lazer, onde o sentido do prazer e de *status* social está muito enraizado. Assim, ele faz parte do hábito diário de algumas pessoas e famílias em todo o mundo (Edwards *et al.*, 1981).

No entanto, as sociedades foram passando por transformações económicas e sociais, principalmente com a revolução industrial, o que provocou as grandes concentrações urbanas. A dado momento assistimos a uma multiplicação da produção e a uma facilidade de distribuição, que reduziram drasticamente o seu custo, razões que

estiveram na base numa grande disponibilidade de bebidas alcoólicas. Assistimos, então, a uma mudança profunda na forma como a sociedade se relaciona com o álcool. Passou por fases de legalidade e de proibição ao longo dos anos, como por exemplo nos anos da “Lei Seca” dos Estados Unidos da América. A mesma substância que une, comunga e alegra, também estimula a agressividade, a discórdia e a dor, podendo romper laços familiares, de amizade e de trabalho (Edwards *et al.*, 1981).

Friedlander *et al.*, (2003) referem que a ingestão de álcool, desde que feita com moderação, é absolutamente aceitável e pode ser generalizada à maioria das pessoas pelos seus efeitos relaxantes e de euforia que provoca. No entanto, quando se ingere em demasia e este comportamento dá origem a alterações comportamentais, sociais e mesmo ocupacionais, e até a problemas com a justiça, temos o aparecimento de problemas sociais e de certas patologias de dependência e de saúde, deixando de ser entendido já como algo relaxante, para ser enquadrado, esse comportamento dentro das patologias do foro psiquiátrico.

Aliás, a Associação Americana de Psiquiatria, como citam os autores anteriormente referidos, divide esta patologia em duas principais e grandes áreas: os consumidores excessivos de álcool e os alcoólicos (dependentes). Assim é importante uma definição concreta de conceitos relacionados com a ingestão de bebidas alcoólicas. O termo “uso” está relacionado com qualquer ingestão de álcool. Uso de baixo risco significa uso de álcool, de acordo com as orientações médicas e legais, não resultando em problemas relacionados com a sua utilização. No entanto, considera-se “abuso” de álcool como um termo geral, usado para qualquer nível de risco. Quanto à tolerância e à dependência do álcool, são dois eventos distintos e indissociáveis. A tolerância é a necessidade de doses maiores de álcool para a manutenção do efeito de embriaguez, obtido nas primeiras doses. A dependência será tanto mais intensa quanto mais intenso for o grau de tolerância ao álcool.

O álcool é uma droga com ação psicotrópica, sendo o seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade (dependendo, é óbvio, das culturas e religiões de cada um), tornando-se na principal droga consumida com esse efeito a nível mundial. Torna-se, dessa forma, natural que o consumo de álcool seja encarado de forma diferenciada, quando em comparação com as outras drogas com o mesmo efeito. Essa aceitação social não impede, no entanto, que o seu consumo excessivo se transforme num problema



grave de saúde pública, acarretando altos custos para a sociedade, já que envolve questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares. O aumento da violência e acidentes de trânsito são duas situações facilmente identificadas em consumidores excessivos de álcool e/ou alcoolismo (Edwards *et al.*, 1981).

Apesar destes factos, o consumo de álcool tem vindo a aumentar rapidamente, quer em quantidade, quer em número de indivíduos que o ingerem, facilitado pelo baixo custo e pelo fácil acesso a todas as camadas sociais. Este assunto tem suscitado grande preocupação nas comunidades académica, terapêutica, familiar e, em alguns países, também governamental, uma vez que se verifica um início mais precoce e nos idosos, um consumo nada normal, atendendo à sua idade. (Edwards *et al.*, 1981).

Quando se discutem os problemas relacionados ao álcool, é importante assinalar as diferenças entre uso, abuso, tolerância e dependência, tal como anteriormente referido (Edwards *et al.*, 1981).

Apesar de todos os significados culturais e simbólicos que o consumo de bebidas alcoólicas adquiriu ao longo da história humana, o álcool não é um produto qualquer. É uma substância capaz de causar danos através de três mecanismos distintos: toxicidade, direta e indireta, sobre diversos órgãos e sistemas corporais; intoxicação aguda; e dependência. Tais danos podem ser agudos ou crónicos e dependem do padrão de consumo de cada pessoa, que se caracteriza não somente pela frequência com que bebe, como pela quantidade por episódio, assim como pelo tempo entre um episódio e outro; o contexto em que bebe também é de valorizar. Mas nem tudo é tão mau assim. O consumo limitado de vinho tinto tem vindo a ser indicado como um mecanismo terapêutico, pelos efeitos que este produz em termos cardíacos e vasculares (vasodilatação) (Edwards *et al.*, 1981).

O consumo de álcool, ou mais propriamente de bebidas alcoólicas, é feito geralmente sem grande conhecimento dos seus constituintes, e, portanto, muitas das situações em que ocorre um consumo exagerado, chegando a haver danos irreversíveis para os utilizadores, deve-se exatamente a este facto (Edwards *et al.*, 1981).

As bebidas alcoólicas não têm o mesmo teor de álcool e toxidade. São vários os seus constituintes e os seus usos, bem como a possibilidade de consumo humano ou outro uso. Mas o que poderá ser alarmante é o facto das bebidas alcoólicas poderem também

conter certas impurezas cancerígenas, nomeadamente N-nitrosodietilamina, em algumas cervejas e whiskies, e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, em alguns whiskies. Apesar de se ter pensado durante muito tempo assim, deve-se dizer que o etanol não é considerado um agente com efeito cancerígeno sobre a mucosa oral. Já o acetaldeído, o primeiro metabolito de etanol (através da desidrogenase alcoólica hepática), é conhecido por ser uma substância mutagénica e carcinogénica, e pensa-se que desempenha o papel principal na carcinogénese (Reidy *et al.*, 2011; Khocht *et al.*, 2009).

Ainda abordando o tema dos benefícios de ingestão de álcool, Krenz & Korthuis (2012) em artigo de revisão, confirmam que o consumo leve a moderado de bebidas alcoólicas, pode levar a uma melhoria no funcionamento de sistema cardíaco, nomeadamente na patologia coronária. Aliás, desde 1974 que foi sugerida uma “associação inversa entre o álcool e a morbilidade e mortalidade da doença cardiovascular” (Klatsky *et al.*, 1974). O principal motivo apontado foi um “aumento das lipoproteínas de alta densidade de colesterol” que reduziram o risco de EAM (enfarte agudo do miocárdio). Ainda na mesma linha de pensamento anotaram que outros mecanismos protetores incluem o aumento dos níveis de marcadores hemostáticos, nomeadamente o ativador do tecido tipo plasminogénico, que faz aumentar a atividade anti trombótica. Na vasta literatura consultada, conclui-se que ainda é dúbia a possível ação protetora do álcool na incidência do AVC (acidente vascular cerebral). Outro efeito benéfico encontrado é a redução do risco de Diabetes Mellitus tipo II, já que aumenta os níveis circulantes de adiponectina (uma adipocitoquina que melhora a sensibilidade à insulina). Acresce o facto de fazer diminuir a gluconeogénese e os níveis pós-prandiais de glicose circulante (Reidy *et al.*, 2011).

Em relação aos efeitos tóxicos do álcool, é importante salientar que podem resultar de um episódio único de consumo excessivo, mesmo que a pessoa não beba com frequência. Quanto à dependência do álcool, é interessante notar que ela pode perpetuar um consumo abusivo e este contribuir para o desenvolvimento da dependência. Estudos de prevalência revelam que formas menos graves de dependência são amplamente distribuídas na população geral, mas estão na maioria dos casos associadas a um aumento de potenciais problemas, pois acabam por transportar mais alterações orgânicas. No que concerne à intoxicação pelo álcool, estudos recentes mostram que

existe uma relação direta entre a intoxicação ocasional e problemas sociais, culturais e familiares, nomeadamente os relacionados com a violência, mortes rodoviárias, assassinatos, violações, entre outros. Embora exista uma tendência popular em denominar todos os problemas relacionados ao consumo de álcool como alcoolismo, estudos mostram que há todo um universo de problemas causados pela referida substância que está além das fronteiras do alcoolismo. A maior causa de problemas relacionados ao álcool na população geral é, na verdade, a intoxicação que este provoca e as alterações a estas associadas (Friedlander *et al.*, 2003)

Hoje é consensual que beber ocasionalmente, mas a ponto de não ficar embriagado ou quando a dita embriaguez é episódica, é uma atitude perfeitamente aceitável e socialmente conforme. No entanto e ainda no decurso do anteriormente mencionado, o risco de problemas decorrentes de um único episódio de intoxicação é mais alto entre aqueles que o fazem com pouca frequência, do que entre aqueles que bebem frequentemente, simplesmente pelo facto do organismo atingir mais facilmente sintomatologia de toxicologia alcoólica (Friedlander & Norman, 2006).

Mesmo sabendo-se que o alcoolismo excessivo e prolongado causa uma multiplicidade de anormalidades clínicas, bioquímicas e fisiológicas, cada vez mais os jovens experienciam mais frequente e antecipadamente a sua ingestão, o que nos alerta mais uma vez para as alterações orgânicas disso decorrente. Note-se que o trato gastrointestinal sofre graves manifestações, tais como alterações no comportamento que alternam entre diarreia e obstipação, seguramente porque esta parte do aparelho digestivo é o primeiro segmento a receber elevadas concentrações de etanol. Esta substância difunde-se através da mucosa do trato gastrointestinal, afetando, inclusivamente, as glândulas salivares. Sabe-se também que a ingestão de álcool provoca diminuição do fluxo salivar, conseqüentemente, alterações na saliva, o que causa modificações na sua consistência, tornando-a mais viscosa (Friedlander *et al.*, 2003; Khocht, *et al.*, 2009).

Tal como referido, existem alterações nas glândulas salivares, como consequência direta ou indireta da ação do álcool. Estas alterações podem originar mudanças morfológicas, tanto na porção condutora, como na porção secretora e essas, por sua vez, promoverem alterações no fluxo salivar, pela própria alteração salivar e também pelas modificações

morfológicas no parênquima glandular (Friedlander *et al.*, 2003; Mandel, 2005; Khocht *et al.*, 2009).

Será importante acrescentar a esta informação, algum conhecimento de como são classificadas estas glândulas salivares e como podem estas alterar o bom funcionamento da cavidade oral. As glândulas salivares são classificadas em dois grupos: *major* e *minor*. As glândulas salivares *minor* possuem fluxo salivar contínuo enquanto, nas *major*, a secreção é controlada principalmente pelo Sistema Nervoso Autónomo (SNA), portanto mais suscetíveis a alterações pelo consumo crónico de álcool (Friedlander & Norman, 2006).

Um dos grandes problemas resultantes das alterações que ocorrem nestas glândulas é o edema, que normalmente ocorre em pacientes que ingerem grandes quantidades de álcool, a longo prazo. A este acresce o facto de haver grandes danos hepáticos. Essa condição, a sialodenite, parece resultar de uma neuropatia autónoma periférica produzida pelo etanol, resultando em desordens do metabolismo e, tal como referido, pela alteração da secreção salivar (Friedlander & Norman, 2006).

Para a saúde oral, e como consequência, temos como efeitos diretos a redução do fluxo salivar, a redução da capacidade-tampão da saliva, o que combinado com uma tendência na ingestão de bebidas não alcoólicas, mas com alto teor de açúcar (cariogénicas) e uma negligência na higiene oral, dá origem, frequentemente, a uma extensa perda de peças dentárias e à doença periodontal avançada e quase sempre incurável (Friedlander & Norman, 2006).

Quando associada a hábitos tabágicos, existe uma exacerbação da doença periodontal, com consequente perda dentária. A dentição remanescente apresenta-se geralmente com sinais de erosão, quer pelo álcool *per si*, como pela acidez da bebida alcoólica, ou mesmo pela regurgitação do conteúdo estomacal (devido ao efeito relaxante do esfíncter esofágico que o álcool origina). Aliás, são vários os autores que o afirmam tal como referenciam Khocht *et al.* (2009) no seu trabalho sobre efeitos na saúde oral e doenças orais relacionadas com o álcool. Nesse mesmo trabalho, que incluía um grupo de 40 alcoólicos, puderam concluir que a saúde oral demonstrava ser algo importante para estes, mas os resultados da observação foram completamente contraditórios (Khocht *et al.*, 2003; Hede, 1996; Molendijk *et al.*, 1996; Berggren *et al.*, 2007; Harris *et al.*, 2004)

Dos sinais e sintomas mais marcantes e que diretamente se relacionam com a ingestão abusiva de álcool, podemos apresentar: glossite, queilite angular e gengivite. Numa fase inicial, é referida dor na língua, com as papilas fungiformes a apresentarem-se edemaciadas e em forma de cogumelo. Com a progressão das carências, a erosão lingual, manifesta-se com a língua a apresentar-se com coloração vermelho vivo e com atrofia das papilas filiformes e fungiformes. A queilite apresenta-se como úlceras nas comissuras labiais e a gengivite chega a apresentar áreas necróticas nos vértices das papilas interdentárias (Friedlander & Norman, 2006).

Irie *et al.*, (2008) concluíram que o consumo de etanol aumentou a inflamação periodontal (periodontite), o dano gengival por oxidação e a produção de TNF- $\alpha$  pelos fibroblastos do ligamento periodontal. O, igualmente visível aumento da infiltração de leucócitos polimorfo-nucleares juntamente com o dano gengival por oxidação potenciam o agravamento da inflamação periodontal neste modelo animal (Irie *et al.*, 2008).

Quanto ao carcinoma de células escamosas da cavidade oral (especialmente da língua e soalho da boca), também tema de grande debate dentro da medicina, manifesta-se em alguns pacientes que associam o abuso do álcool ao comportamento tabágico. Estes carcinomas parecem surgir devido ao acetaldeído (metabolito etanólico), promovendo o aparecimento de tumores iniciados por substâncias cancerígenas do tabaco, através do dano de ADN e da alteração da expressão do oncogene nos queratinócitos orais. Entende-se que quanto maior o consumo de álcool a longo prazo, em pessoas com higiene oral deficitária, maior são as concentrações deste acetaldeído. Todo o processo de aparecimento e transformação do acetaldeído, decorre da ingestão de uma bebida alcoólica, em que o etanol, ao ser absorvido no intestino e distribuído pela fase aquosa do corpo, fica em concentrações semelhantes à do sangue, nas secreções salivares. A saliva entra em contacto com a flora oral que contém ADH (desidrogenase do álcool), que converte o etanol no referido acetaldeído. Acrescente-se o facto das células da mucosa lingual e gengival conterem também ADH e produzirem acetaldeído intracelular.

O Fator de Crescimento Epidérmico (FCE), produzido pelas glândulas salivares, e que protege a mucosa oral de danos causados pelos fluidos acídicos, está reduzido devido à diminuição do fluxo salivar, o que aumenta a prevalência de úlceras orais (Friedlander

*et al.*, 2003; Miller *et al.*, 2006). Também se podem verificar outras patologias, como as descritas hemorragias orais, que se verificam devido à redução do número de plaquetas e à redução da capacidade de agregação das mesmas (redução da libertação de tromboxanos). Os fatores de coagulação também podem estar reduzidos pela insuficiente absorção de vitamina K e aos danos causados a nível hepático (Friedlander *et al.*, 2003).

Há ainda outros efeitos indesejáveis, decorrentes do uso, abuso e dependência do álcool, que podem surgir por haver sobre ou sub-dosagem medicamentosa, ou simplesmente pela ausência de metabolização hepática. O fígado está afetado e, portanto, ao estar a metabolizar o álcool, deixa de funcionar corretamente e de satisfazer todas as funções para que lhe são atribuídas (Friedlander *et al.*, 2003).

### **iii. Os sem-abrigo**

O Instituto da Segurança Social (ISS) distingue os sem-abrigo:

*“Existem dois tipos de sem-abrigo:*

- Os sem teto – que vivem em espaço público, alojados em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário;*
- Os sem casa – que se encontram em alojamento temporário.*

*Para cada uma das situações existe uma estratégia específica. A utilização de um conceito uniforme, adotado por todas as entidades, a nível nacional, é um dos pilares fundamentais da estratégia.*

*Desconhece-se o número global de pessoas sem-abrigo no país, sabendo-se, contudo, que são sobretudo homens em idade ativa (30 a 49 anos), solteiros ou divorciados, de nacionalidade portuguesa, com escolaridade básica e distribuídos por Lisboa e Porto. Um estudo de 2006 do ISS, intitulado: ‘Os Sem Teto: Realidades Invisíveis’ revelava que 25% das pessoas que viviam na rua tinham problemas familiares conjugais (conflitos vários, divórcios e falecimentos de pessoas próximas) e em 23% dos casos evidenciavam problemas de saúde, nomeadamente toxicodependência, alcoolismo, doença física ou mental. A falta de emprego, 22%, surge em 3º lugar, ficando para último o problema de alojamento (17%) ”.*

Pelo próprio processo de exclusão social, pode entender-se que sendo esta, a exclusão social, um fenómeno histórico, que acompanha a civilização, apresentando raízes bastante intrincadas em processos políticos, económicos e culturais, com diferentes manifestações nas sociedades contemporâneas, ela está bem presente na situação dos

sem-abrigo, se tomarmos em conta o conceito acima referido. No contexto atual, nas grandes capitais, e não só mas principalmente, surgem situações de assistirmos a um número significativo de pessoas sem-abrigo que decorre dessa exclusão. A exclusão social, por vários motivos a elencar, cria os sem-abrigo, e a situação de ser-se um sem-abrigo aumenta e reforça a exclusão.

Os sem-abrigo podem, de facto, ficar sob este conceito anteriormente desenvolvido, que enquadra grupos de pessoas que deambulam pela cidade e pernoitam em espaços públicos abertos, como ruas, praças ou sob pontes e viadutos, por não disporem de local fixo para domicílio. É importante salientar-se que muitos já são os casos em que se encontram nos referidos locais tanto indivíduos sozinhos, como agregados familiares com várias tipologias. Este fenómeno, caracteristicamente urbano, apresenta maior visibilidade nas grandes cidades, onde se evidencia a violência de um quotidiano competitivo, e que diretamente cria um grande número de excluídos, “desafiando” o Estado e os próprios cidadãos a procurarem soluções, que, na maioria das vezes, são paliativas. Veja-se o que acontece em alguns centros de acolhimento em que o sem-abrigo por si só já é um ser marginalizado (Silveira & Stanke, 2008).

Ainda é desconhecido o fator que mais condiciona a rua como “casa” para estas pessoas. Neste contexto tão adverso, cuja preocupante permanência na rua se relaciona com toda a violência que nela está implícita, são vários os relatados descritos e inúmeros os fatores que comprometem a estrutura identitária daquele que dela necessita, agravando ainda mais as suas capacidades mentais e físicas.

Muitas vezes, as drogas e o álcool estão, também, presentes na vida dos sem-abrigo! Os distúrbios mentais, notórios e altamente marcantes, alguns hábitos de dependência, como o já referido consumo abusivo de drogas e álcool, o aparecimento e desenvolvimento de múltiplas doenças, acabam por piorar o cenário, e muitos casos há em que os indivíduos põem ponto final na vida, suicidando-se. Há casos também em que as pessoas optam por morar na rua, pela liberdade que pretendem obter, pela ausência total de responsabilidades sociais e familiares e, até, porque entendem que esta seria uma forma de mostrar, junto dos demais, uma “outra forma” de estar, um “estilo de vida”! No entanto, as histórias de vida conhecidas de pessoas sem-abrigo mostram bem as dificuldades e os processos extremos de exclusão a que são votados (Pais, 2006).

A rutura com a família é muito notória. Quando questionados, os que moram na rua, fazem descrições de situações de violência doméstica, sexual e moral. A maioria das pessoas sem-abrigo vive sozinha, mas aglomeram-se posteriormente, dando origem a “uma família” que refere as mesmas dificuldades, hábitos, crenças, atitudes e inclusive, a desconfiança que comungam (Canônico *et al.*, 2007).

Quanto à saúde oral, num estudo de Canônico *et al.* (2007), encontraram-se resultados significativamente marcantes, quando se investigaram 15 pessoas a viver na condição de sem-abrigo. A média do CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) foi de 16,3%, valor considerado bastante elevado, pois indicava que metade da dentição já tinha sido afetada por cárie. Referiam ainda que a média dos cariados era de 2,6%, a média dos dentes perdidos 10% e a média dos dentes obturados 4,6%, o que revela uma grande mutilação da cavidade oral. A maioria dos examinados (77,7%) apresentaram lesões de mancha branca, o que poderia suscitar alguma alerta para eventual anomalia de carácter mais marcante, dentro das patologias de cavidade oral. Todos os que ainda possuíam dentes, apresentaram bolsas periodontais, sendo a profundidade de sondagem média na região dos incisivos inferiores de 8,3mm. 100% dos indivíduos apresentavam hemorragia gengival (gengivite e periodontite), isto é, alterações nos tecidos que ancoram as peças dentárias. O índice de placa bacteriana visível foi de 85%. Mas 20% dos examinados apresentaram um índice de placa de 100%, revelando um estado bastante precário no que diz respeito à higiene oral. Em relação ao uso de prótese, em 45% conseguiu-se verificar que as usavam, mas os materiais era muito diversificado. Relativamente à Auto percepção da doença cárie, 73% relataram que já tinham tido cárie, embora se verificasse que apresentavam atividade de doença; 20% achavam que estavam com cárie, e 7% achavam que nunca tiveram, embora apresentassem sequelas da doença. Quando interrogados sobre dor, 86% revelaram que já tinham tido dor; 7% relataram dor no momento e 7% nunca haviam tido episódios de dor de dentes ou na cavidade oral. A história de dor é muito comum, sendo que 93% já teve ou apresenta dor de dentes, adotando medidas extremas como tentativa de extração do dente por conta própria (uso de um alicate, faca ou outro meio). Nos relatos sobre a doença periodontal, 80% afirmavam ter hemorragia gengival e 46% aperceberam-se de mobilidade dentária. Quando questionados sobre outras queixas orais, 26% relataram acidente/trauma, 20% mencionaram a dificuldade de higiene, 14% a necessidade de prótese e 7% a halitose (Canônico *et al.*, 2007).



Mais uma vez se verifica que os elementos da sociedade, que são classificados como sem-abrigo, têm grandes alterações na cavidade oral. Mas assim como não têm qualquer hipótese para recorrer a uma medicina alopática sem preconceitos, muito menos têm quando confrontados com necessidades dentárias, onde normalmente só se tem acesso pela via de clínicas privadas. Em populações tão fragilizadas, social e economicamente, tal facto exclui à partida o acesso à saúde oral.

#### **iv. Toxicodependentes**

A palavra droga pode ser definida como respeitante a uma qualquer substância tóxica, natural ou sintética, que quando introduzida no organismo pode modificar as suas funções. Um outro elemento que a define é ela estar associada à dependência psicológica e/ou física, quer de forma direta, quer pelo facto das drogas possuírem substâncias ou constituintes tóxicos que causam a referida dependência, quando usada em excesso. Ao provocar a dependência, a droga está também relacionada com grupos de pessoas com determinadas características, que pelo aumento dos dependentes e pela socialização da dependência, cria estilos de vida muito facilmente perceptíveis e narrados pela sociedade (Robinson *et al.*, 2005).

O consumo de drogas entre jovens e adultos, cujo fenómeno é conhecido como toxicodependência, ocorre frequentemente nas sociedades ocidentais e o seu incremento verifica-se em faixas etárias cada vez mais jovens. A variação nos padrões de consumo abrange situações de uso esporádico, situações isoladas (movidas pela curiosidade), até às marcantes e profundamente destruidoras situações de dependência psicológica e/ou física (Robinson *et al.*, 2005).

Um consumidor problemático de drogas pode ser considerado como um elemento com possíveis problemas sociais, psicológicos, físicos ou jurídicos. Claro é que este processo está diretamente relacionado com os consumos excessivos e regulares, e/ou dependência, resultantes do abuso de elementos tóxicos ou outras substâncias químicas para autorrecreação (Robinson *et al.*, 2005).

Para além das alterações físicas e químicas, sentidas e facilmente detetáveis, conseguem-se avaliar alterações, nomeadamente no próprio comportamento e emocionais. O consumo de drogas tais como o álcool, heroína, canábis, cocaína, *crack*, entre outras, destroem o carácter, comprometem o sentido realístico, diminuem ou

acabam com o senso de responsabilidade, fragilizando a família e o próprio indivíduo. Neste contexto, facilmente se consegue perceber que a higiene oral é muito desvalorizada. Nesse sentido, e como seria expectável, a saúde oral acaba por ficar altamente debilitada e então, como consequência, teremos alterações no fluxo salivar (ex. xerostomia), desgastes dentários (bruxismo), perda óssea, cáries mais marcantes, problemas periodontais, parestesias e odontalgias. Refira-se que muitos destes sinais e sintomas já eram referidas em anteriores grupos que aqui enquadramos nos grupos de marginalizados (Robinson *et al.*, 2005).

O consumo excessivo do tabaco promove mudanças efetivas nas células da mucosa oral, mesmo na ausência de exposição ao fumo. A folha do tabaco contém uma complexa mistura de componentes químicos: hidrocarbonetos, fenóis, ácidos gordos, isoprenos, ésteres e minerais inorgânicos, que são muito marcantes para estas alterações. Existem muitos casos de leucoplasia, que se caracteriza pela existência de mancha branca ou placa branca na superfície de uma mucosa, e que tem como fator desencadeante o uso frequente de tabaco e álcool (ambas substâncias tóxicas que criam dependência). Muitos dos seus constituintes químicos e os produtos finais da sua combustão são substâncias irritantes, capazes de produzir alterações da mucosa bucal. Mascar o tabaco também desencadeia o mesmo problema. No entanto, não tem um efeito tão nocivo e marcante, quanto aquele que é desencadeado quando estamos na presença de hábito tabágico (Robinson *et al.*, 2005).

A redução do fluxo salivar, notório no caso do consumo de canábis, ocorre em função da ação parassimpatolítica da própria droga. Este e outros fatores etiológicos apoiam a verificação da alta prevalência de cárie e doença periodontal em indivíduos dependentes. O princípio ativo da canábis é o THC (tetra-hidro-canabinol), o qual prejudica e diminui a produção de glóbulos brancos, deixando o dependente com potencial de infeção aumentada pela imunossupressão existente e decorrente. A candidíase oral é uma manifestação que pode ser observada nos utilizadores, e normalmente decorrente desta imunodepressão (Morio *et al.*, 2008).

Assim, como todas as substâncias que criam dependência, outras substâncias acarretam danos à cavidade oral como a cocaína e o *crack*. Para conseguir uma rápida absorção, o toxicodependente esfrega o pó sobre a superfície gengival, o que provoca irritação na mucosa; a língua pode apresentar feridas ou fissuras e portanto maior possibilidade de

se exporem a infecções. A cocaína é outra substância que cria grandes alterações na cavidade oral. Esta leva à formação de alterações da mucosa, por suprimento sanguíneo e por vasoconstrição, o que pode dar origem a neurose de todos os tecidos envolventes (Morio *et al.*, 2008).

O bruxismo é uma alteração bastante significativa nos toxicodependentes não só pelas alterações sentidas no sistema nervoso central (SNC), mas também pelo desenvolvimento de espasticidade, originando efeitos nefastos para os músculos, dentes e ATM (articulação temporomandibular). As lesões rompantes de cárie, decorrentes desta alteração, apresentam-se atípicas nas faces vestibulares e oclusais, sendo que nas vestibulares a base é notoriamente mais estreita e nas oclusais verifica-se um quase total rompimento dos cuspidos e portanto maior exposição da dentina (Robinson, *et al.*, 2005).

A morte súbita, por paragem cardíaca ou enfarte do miocárdio, é uma das consequências da toxicodependência. No caso do consumo da cocaína, esta probabilidade aumenta significativamente. Nenhum tratamento dentário é aconselhável enquanto o paciente faz uso de tal substância, para garantir segurança na utilização dos vasoconstritores (Morio *et al.*, 2008).

Tentando apresentar de forma simples, os principais sinais e sintomas dos toxicodependentes, colocamos em seguida alguns dos que nos parecem ser os mais marcantes e consequentemente os mais importantes:

- Xerostomia;
- Redução de capacidade tampão de saliva;
- Bruxismo (cêntrico e excêntrico);
- Índice CPOD elevado;
- Paragem cardíaca ou EAM;
- Gengivite e periodontite;
- Alterações celulares na mucosa;

- Eventual aparecimento de lesões de mancha branca (leucoplasias);
- Perda óssea alveolar;
- Alterações gastrointestinais;
- Alterações do SNC.

A experiência de cárie é comum nos usuários de heroína, talvez causado por uma combinação da xerostomia (com origem nos opiáceos) e pelos altos teores de açúcar (decorrentes de soluções de metadona utilizadas na terapia de substituição da droga). Ainda no decurso do anteriormente referido, sabemos que os efeitos orais provocados pelo consumo da cocaína estão relacionados com a administração desta substância tóxica, quer por inalação nasal, quer fumada, quer por massagem direta na mucosa oral, especialmente na gengiva (Morio *et al*, 2008).

Como esta substância tem um efeito, entre muitos outros, que é a vasoconstrição, ela incita a alteração dos tecidos e consequentemente a sua completa atrofia. Apesar do descrito, podemos ter em conta que a mesma substância pode estimular toda a musculatura facial e mastigatória, dando portanto a possibilidade de uma distrofia muscular ou uma Hipo tonicidade (Morio *et al.*, 2008).

Outra substância altamente viciante é a metanfetamina. A sua dependência causa bastantes alterações ao nível do sistema nervoso central. O consumo desta substância é altamente destrutivo, quer para os consumidores, quer para as suas famílias e até para as próprias comunidades em que estão inseridas. A hipertensão arterial pulmonar idiopática, as alterações de memória, o *deficit* sentido na execução de funções primárias, a cárie dentária e as crises cardíacas, potencialmente fatais, afiguram-se como as doenças sistémicas mais comumente associadas com o consumo desta substância, algumas das quais já marcadamente sentidas nas dependências das substâncias anteriormente mencionadas. Os casos de abuso infantil, bem como a instabilidade laboral e atividades ilegais, os crimes, os comportamentos violentos, os comportamentos sexuais de risco, afetam muitíssimo a população que está associada ao consumo das metanfetaminas. O termo "*meth mouth*" ("boca de metanfetamina") tem sido ultimamente utilizado na literatura para descrever um "padrão" de cárie rompanete que é observado, em consumidores de metanfetaminas. A etiologia exata da boca de

metanfetamina é desconhecida. Porém, dos fatores que contribuem para o seu desenvolvimento e aceitação, fazem parte: ingestão de bebidas excessivamente açucaradas, hipossalivação, má higiene oral e os contaminantes acídicos remanescentes da produção da própria droga (Morio *et al.*, 2008).

Os toxicodependentes têm necessidades especiais em relação a receber cuidados orais, pois apresentam-se mais ansiosos e têm baixa tolerância à dor. Tal facto requer do médico dentista especial atenção, quer nos níveis de dor, quer com o relacionamento estabelecido. Os toxicodependentes relatam dificuldades no acesso ao tratamento dentário. Referem ter receio na forma como vão ser atendidos, relutância sentida pelos profissionais de saúde, e não menos importante, as dificuldades económicas, que não distinguem, quando comparado com as outras áreas de saúde (Robinson, *et al.*, 2005).

Os toxicodependentes experienciam marginalização e evicção dos prestadores de serviços de saúde. As implicações orais diretas do uso de drogas são potenciadas por outros fatores, nomeadamente o extrato social, o poder económico e o enquadramento familiar junto deste elemento, que tem o seu estilo de vida quase sempre desajustado ao pretendido pela própria sociedade. Há algum tempo atrás, os consumidores de drogas foram conotados como um grupo socialmente desfavorecido cujas vidas erráticas inibiam um cuidado oral regular, com uma elevada frequência de consultas desmarcadas ou faltas de comparência. A pobre saúde oral apresentada parecia estar relacionada apenas com seus hábitos de vida e com as drogas usadas (Robinson, *et al.*, 2005).

#### **v. Portadores de VIH**

A terapia antirretroviral reduz significativamente a ocorrência de lesões orais relacionados com o VIH, especialmente a candidíase oral. É também notória a alteração que se verifica pela toma destes fármacos na sobrevida destes doentes portadores de VIH. Como as pessoas com VIH vivem atualmente mais tempo, é importante que elas tenham acesso a cuidados de saúde oral de qualidade, e que se lhes melhore francamente a cavidade oral, como um todo, para que possam estabelecer, sempre que possível, a sua capacidade digestiva satisfatória, e decorrente disto, estabilização de todos os órgãos internos a esta relacionados. Relembramos mais uma vez a importância da cavidade oral, para um pleno funcionamento orgânico (início de todo o aparelho digestivo). Uma função oral inadequada resultante de dentes cariados ou perdidos,

doença periodontal ou lesões dos tecidos moles, pode prejudicar a qualidade de vida e comprometer a nutrição adequada. Mesmo em locais onde o acesso a tratamentos antirretrovirais eficazes é amplamente disponível, uma grande proporção de pacientes, ainda relatam que os cuidados de saúde oral são os que menos frequência obtém. Fatores como baixa escolaridade, etnia minoritária e portadores de VIH, estão fortemente associados à diminuição do acesso a cuidados de saúde oral. Os principais motivos para o pouco acesso a cuidados de saúde oral são apontados como o medo e a falta de informação para os recursos ainda disponíveis. Como resultado, temos uma alta prevalência de desdentados totais nestes doentes, o que denota completamente o estado de saúde oral existente (Shiboski *et al.*, 2005).

No estudo de Balbo *et al.* (2007), a lógica da sociedade moderna prevaleceu quando apenas os indivíduos com melhores condições socioeconómicas conseguem vencer a iniquidade e usufruírem dos serviços de que necessitam, contando com uma atenção profissional de melhor qualidade. Neste mesmo estudo, verificou-se que as crianças VIH + apresentaram dificuldades de acesso a cuidados de saúde oral, devido ao estigma da doença, que desde o início da epidemia vem funcionando como um mecanismo de ampla exclusão social. Apesar das discussões promovidas entre os profissionais sobre os procedimentos de biossegurança para controlar a infeção cruzada em consultórios dentários e para diminuir o risco de acidentes profissionais, ainda é possível observar seletividade, mesmo que de forma inconsciente, por parte dos profissionais, tanto no atendimento público como no privado. É importante reconhecer que independentemente do VIH, a cadeia asséptica deve ser mantida para todos os pacientes, além do uso de equipamentos de proteção; o material descartável deve receber atenção especial (agulhas e materiais biológicos). Tais recomendações garantem mais segurança dos profissionais e dos pacientes em qualquer tipo de atendimento dentário, quer sejam os utentes portadores ou não de doenças infetocontagiosas. Aliás, estas são algumas das indicações gerais dadas pela própria OMS.

Para a prevenção primária da cárie e doença periodontal, devem constar nas orientações dadas ao elemento com VIH, um autoexame em que se avalie “todas” as manifestações orais, significativas ou não, que podem auxiliar no diagnóstico precoce da condição de imunossupressão. Identificação de lesões anormais na mucosa, gengiva ou língua, candidíase oral, queilite, gengivite necrosante, as leucoplasias, herpes, neoplasias e

lesões ulceradas podem ser manifestações da evolução da doença e devem ser examinadas atempadamente. Deve-se notar no entanto, e enquanto médicos responsáveis pelo complemento no acompanhamento destes pacientes que, por exemplo, a xerostomia pode ser provocada pelos medicamentos usados, pelas condições emocionais e pelo constante estado de ansiedade e não apenas resultado da existência do VIH. Recomenda-se o uso de saliva artificial, em alguns casos, para não promover ulcerações das mucosas e desmineralização do esmalte dentário. Nas crianças, a supervisão da higiene oral deve ser uma rotina dos responsáveis (quer seja em casa, pelos pais, quer nas escolas, pelos professores, sendo que esta é uma matéria sempre de grande controvérsia, pois muitas das escolas, e neste caso particular, muitas das direções escolares, entendem que a escovagem realizada em meio escolar pode ser uma forma de infeção, pelo uso incorreto de escovas dentárias). O que também é possível aferir é que algumas escolas, com um acompanhamento profícuo na escovagem dos alunos, conseguem descer significativamente a taxa dos índices da cárie, reduzindo o aumento de prevalência no índice CPOD nas escovagens diárias. O uso de fio dentário é fundamental, no entanto, não é comum, pelos elementos que temos, o seu uso para uma higiene oral completa. Na grande maioria, a mudança de hábitos dos responsáveis também é importante, pois a criança é diretamente influenciada pelo meio em que está inserida e os bons exemplos perpetuam (Balbo *et al.*, 2007)

Observou-se (Balbo *et al.*, 2007) que a “estética” é uma motivação para procurar o dentista, bem como a prevenção da dor, o que pode ser reflexo de uma autoestima elevada e a vontade de continuar a viver com qualidade. No entanto, quanto à frequência de higienização oral e a utilização de fio dentário, os resultados foram bastante insatisfatórios. Outro ponto negativo foi o acesso a cuidados de saúde oral que era inexistente em mais de um terço das crianças. Concluiu-se que as crianças VIH + tinham maior experiência de cárie e de gengivite do que as crianças VIH - (para o mesmo nível de consumo de hidratos de carbono) e que dentro das VIH +, quanto pior a condição socioeconómica, pior a qualidade de vida geral e também oral, com maior dificuldade no acesso a cuidados de saúde oral, menos orientações sobre prevenção, refletindo-se esses factos numa menor autoestima e cuidado próprios (Balbo *et al.*, 2007).

**vi. Prostitutas (os) / Travestis**

A sociedade apelida uma determinada população, desfavorecida sob o ponto de vista social, de prostitutas, "mulheres da vida", "rameiras", "vadias", "mulheres de vida fácil", "perdidas", entre muitas outras classificações. Mas sempre as sociedades se habituaram a lidar com esta realidade, havendo quem a classifique, impropriamente, como sendo esta a mais antiga das profissões! Por muitos entendida como uma necessidade e por outros apenas como meio fácil de atingir níveis de vida altos e de forma rápida, esta atividade surge depois da caça e da agricultura, que ainda hoje são consideradas como as atividades profissionais mais antigas (Gaspar, 1988; Rago, 1996; Kirsch, 1998; Roberts, 1998; Carvalho, 2000).

Presente ao longo da história da humanidade, esta profissão ganha novamente grande notoriedade com a Revolução Industrial, em meados do séc. XVIII até séc. XIX, uma vez que as mulheres de então, com vidas familiares e sociais altamente precárias e condições completamente desumanas, começaram a prostituir-se, no sentido de poderem ter acesso a determinados bens de consumo, ao dinheiro que garantisse para umas a sobrevivência, para outras, bens dificilmente acessíveis por outros meios.

Apenas em 1899 surgem vozes no sentido de se impedir esta escravatura, esta exploração sexual. No entanto, foram necessários cerca de mais vinte anos, para que a Liga das Nações se mobilizasse para tentar erradicar o tráfico de mulheres e crianças, para serviços de cariz sexual. Um esforço de mérito, mas de difícil resolução total. No século XX, houve o cuidado em distinguir a prostituição do crime, como até então era entendido. Desta forma, todas as mulheres que se prostituíam, deixaram de ser perseguidos pela população, em geral. No caso de se provar a necessidade económica, eram apenas advertidas. No entanto mantém-se o controlo da atividade, principalmente quando estas mulheres procurassem e incentivassem a prostituição de forma pública e evidente (Guimarães & Merchán-Hamann, 2005).

Para além da atenção ao “problema” moral e social da atividade da prostituição, começou a ter-se em atenção a questão da higiene e da saúde pública, decorrentes da mesma. Medidas de profilaxia foram tomadas de forma a incentivar a higiene corporal e a controlar as doenças derivadas das relações sexuais. Mas o aparecimento do HIV veio a colocar novos desafios quanto à saúde nas prostitutas e seus clientes. Conhecendo-se,



no início, o particular assento dado à origem e transmissão do VIH pelas relações sexuais desprotegidas e entre parceiros promíscuos, considerou-se então que a prostituição seria uma das grandes “causas” (junto com a homossexualidade) deste flagelo mundial (Passos & Figueiredo, 2004).

Consequência imediata disso foi a denúncia da prostituição, e o aumento do estigma e marginalização das prostitutas:

*“Se as razões para a prostituição derivam de um pecado social ou individual (Rago, 1991) não importa, pois quem pertence a este universo manter-se-á "fora" do "bom caminho", à margem do meio-social (Castro, 1993).”*

A esta questão podemos acrescentar o fenómeno da globalização, que levou a profundas alterações de ordem económica e social (o desemprego sentido em muitas áreas, a imigração/emigração), o que faz com que o assunto da prostituição voltasse à ribalta, refletindo as mudanças comportamentais associadas às mudanças sociais, políticas, económicas, habitacionais, entre outras (Carvalho, 2000; Gauthier, 2011).

Portanto, mais uma vez, notamos a grande necessidade de ter em linha de conta o enquadramento étnico, religioso, pois sem estes não se consegue aquilatar das verdadeiras razões da continuidade desta atividade e da sua aceitação ou não, por parte da sociedade. Houve ao longo dos anos, e persiste ainda hoje, uma necessidade em se definir objetivamente este conceito, rodeado de preconceitos, e de identificar concretamente o que motivou estes/as pessoas a enveredarem por aquele estilo de vida. Só assim se conseguirá tomar um conhecimento mais abrangente e dinâmico em torno deste que é um tema ainda pouco “entendido” (Versiani dos Anjos, 1980; Engel, 1986; Gomes, 1994; LILACS, 1997).

Estes comportamentos considerados “desviantes” pela maioria da população são ainda mais marcantes quando se aliam a atividades como o travestismo. Diretamente relacionado com o género, este último pode apenas representar uma forma de apelo familiar, um gosto pessoal ou mesmo uma fantasia sexual que leva ao desejo. Apesar de tudo isto, na maioria das situações, tal comportamento é tido de forma desconcertante e desenquadrado. Vários são os autores que entendem que toda esta situação não deverá ser observada apenas como uma atividade economicamente compensatória ou um “trabalho” a realizar. Há necessidade, tal como foi referido, de fazer um enquadramento

familiar, fundamentalmente para se conseguir discorrer sobre este tema, mais objetiva e fundamentadamente. Não poderá ser tida em conta esta atitude apenas como forma de remuneração, que decorre de um trabalho realizado e praticado (Bacelar, 1987; Versiani dos Anjos, 1980; Espinheira, 1984; Passos & Figueiredo, 2004; Guimarães & Merchán-Hamann, 2005).

Ainda tendo em conta o referido anteriormente, acresce-se o facto de se saber que a construção de identidade do travesti está intrinsecamente relacionada com o contexto urbano, onde este elemento se insere. Este meio tem uma influência direta, permitindo ou dificultando a integração. Sabe-se, no entanto, que o travestismo é um conceito que facilmente é absorvido e absorve os pré-conceitos sociais, por um processo de estigmatização bastante enraizado (Perlongher, 1987).

É evidente que o enquadramento urbano não explica por inteiro este que constitui um fenómeno que suscita grandes divergências de opinião e que tantas nuances levantam. No entanto, é um fator bastante marcante e que influencia muito as relações interpessoais. Nos espaços não urbanos existe pouco conhecimento sobre o assunto, mas, por outro lado, a aproximação sentida entre as pessoas, legitima-as para comentários, por vezes pouco abonatórios sobre este tema. O mesmo não acontece nos centros urbanos. Aqui as pessoas são bastante mais distantes e mal se conhecem. Como tal, não têm suporte informativo para comentar atitudes pessoais, e que podem estar relacionadas com a orientação e escolhas pessoais (Oliveira, 1997; Guimarães & Merchán-Hamann, 2005).

Durigan, M. & Nóia (2007) referem que a prostituição será sempre reprovada, independentemente da Sociedade em que a pessoa esteja englobada, simplesmente porque continua, na mente das pessoas, a ser tida como uma "degradação dos costumes", que são os verdadeiros pilares sociais, onde a maioria populacional se agrupa e se identifica.

Nos dias de hoje, sendo a população em geral “conhecedora” de tudo o que se desenrola em torno desta atividade, continuamos a apresentar o VIH, como o principal motivo a ter especial atenção, precisamente pelos danos que esta patologia pode causar. Associamos esta alteração orgânica, física, psicológica entre outras, a pessoas cultural e

socialmente discriminadas, o que nem sempre corresponde à verdade (Gaspar, 1986; Moraes, 1986; Szterenfeld, 1996; Passos & Figueiredo, 2004).

Com o quase livre acesso aos variados meios de comunicação, nomeadamente, jornais, revistas, televisão e rádio, hoje e desde há algum tempo a esta parte constata-se de forma bastante evidente uma nova forma de prostituição: prostituição virtual. A tentativa de adaptação por estes elementos, para não serem mais rejeitados, dentro deste que é um mundo altamente complexo e castigador, fez com que esta população se tentasse adaptar às novas tecnologias, o que lhes permitia um acesso mais rápido aos eventuais interessados (Gaspar, 1986; Moraes, 1986; Szterenfeld, 1996; Passos & Figueiredo, 2004).

Flausino & Jimenez (2009) referem poder ser a prostituição tida como racista, corrupta e comparável à pedofilia, uma vez que continua a ser tida como um principal motivo de alteração na qualidade da saúde pública, pelos motivos já descritos. O grau e a extensão deste fenómeno, se bem que contextualizado numa sociedade mais livre e compreensiva, está a despoletar novos receios e preocupações no campo da saúde pública. Sendo assim, a prostituição e o travestismo continuam a ser duas atividades de exclusão na nossa sociedade. É notória a forma discriminatória como são vistos e tratados estes grupos, principalmente o segundo (Grandi, 1998; Gauthier, 2011).

Pode pensar-se que a Prostituição e o Travestismo, assim como tudo o que diretamente se relaciona com a sua continuidade e sustentabilidade, só é possível pela diferenciação humana existente e pelos fatores que com esta diretamente se relacionam, nomeadamente os de índole pessoal, que podem, porque lhes é benéfico, ou por capricho, por necessidade, ou por outra razão qualquer, ser o motivo da existência e continuação dos referidos comportamentos (Castro, 1993; Rago, 1996). Ainda hoje é possível constatar que a prostituição representa uma das grandes atividades laborais, de caris sexual (Castro, 1993; Gomes, 1994; Moraes, 1996; Szterenfeld & Fonseca, 1996; Wolf, 1998).

## **vii. Presidiárias (os)**

O aumento da população presidiária é um fenómeno que tem vindo a ser observado em muitos países. Na maior parte dos países as condições das prisões e a marginalização social dos presidiários e ex-presidiários tem profundas consequências na saúde desta

população. Quando os presos pertencem a comunidades mais desfavorecidas, este agravamento na saúde é muito mais visível e perigoso para quem se encontra no mesmo espaço físico (Capela, 2006).

Neste contexto, a disseminação de doenças contagiosas, especialmente pelo VIH e tuberculose, constitui um sério risco para a saúde dos presidiários junto das comunidades nas quais se voltarão a reinserir estes elementos. O acesso à saúde está afetado pelas próprias representações sociais dentro das instituições prisionais. A imagem que os guardas prisionais mantêm acerca dos presidiários fundamenta esta desvalorização da saúde, bastando para tal atender às queixas que estes referem quando lhes é solicitada informação sobre o estado de saúde dos referidos prisioneiros (Haga, 2002).

Muitas vezes percebidos como incapazes, indolentes e dissimulados, os presos não são considerados como interlocutores confiáveis. A desvalorização do preso e da sua queixa é acompanhada de uma avaliação informal por parte dos guardas prisionais, que não têm conhecimentos nem formação académica que lhes confirmem um poder de avaliação quanto à necessidade e acesso à saúde, correto e concreto (Trindade, 1997).

A conceção da saúde como um direito do presidiário, independentemente do mérito e da disciplina, embora formalmente reconhecida pelos guardas prisionais surge de forma formatada, tendo em conta apenas o comportamento/agradecimento de cada prisioneiro. Nessa perspetiva, para que a oferta de saúde possa funcionar dentro das prisões, esta tem de estar relacionada com uma ligação de dívida e gratidão, que permita algumas negociações e que restabeleça precedências, garantindo a adesão, sem qualquer discórdia dos presidiários aos valores hierárquicos presentes (Saramago, 2010).

Esta tensão existente entre diferentes valores e estratégias defensivas adotadas pelos prisioneiros e pelos guardas prisionais parece manifestar-se dentro da prisão e em todos os seus domínios. Submetida à ordem disciplinar, a saúde funciona como elemento de troca e negociação, para manutenção da ordem e da disciplina e também, considerada pelos guardas prisionais, como instrumento de "recuperação" dos presidiários. Desta forma, os guardas prisionais tentam atribuir a outros técnicos os cuidados fundamentais com os presidiários, procurando apenas a sua responsabilidade enquanto elementos de vigilância e de segurança. Assim, poder-se-iam solucionar as contradições existentes

entre as intervenções necessárias para prevenção e aquelas dirigidas à assistência e promoção, já que estas últimas pressupõem uma maior aproximação do preso (Diwana *et al.*, 2008).

Dentro do mesmo contexto, nas relações entre agente de segurança e presidiário, o cuidado ao realizar algum tipo de tarefa, no acesso e solicitação de cuidados de saúde, pode aparecer como elemento de grande fraqueza, sinal de rebaixamento e submissão, inaceitável para a manutenção da imagem de força e poder reivindicada pelos dois polos desta interação. Deste modo, a estrutura e as relações sociais entre os diferentes grupos no interior das prisões promovem a construção de representações que modelam o acesso aos cuidados de saúde (Diwana *et al.*, 2008).

Treadwell e Formicola (2005) concluíram que a prestação de cuidados de saúde oral dos presidiários americanos havia melhorado devido à necessidade de atender a uma mudança nas normas gerais internas na Administração de Saúde e Segurança Ocupacional, verificando-se esta necessidade na grande maioria dos países europeus.

Entende-se que a saúde oral dos presidiários é geralmente pobre. Como são geralmente membros de grupos socioeconómicos baixos, este grupo é mais suscetível a ter cáries extensas e doença periodontal. Os presos apresentam mais dentes perdidos e maior média de superfícies dentárias afetadas por cárie em todas as idades e maior necessidade de cuidados dentários quando comparado com os adultos empregados na população dos EUA. Quanto à prevalência de bolsas periodontais, de profundidade moderada e profunda, foi também muito significativa, sendo que pelo menos 25% dos presos necessitavam de um ou mais tratamentos urgentes. Depois da saúde mental e do abuso de substâncias, o tabagismo e a falta de saúde oral foram os problemas de saúde mais relatados. A confirmação de que o acesso a cuidados de saúde orais melhora de sobremaneira o estado de saúde oral dos presos, encontra-se, por exemplo, no estudo de Clare (2002) no sistema prisional do Estado da Carolina do Norte.

As consequências na saúde oral entre os reclusos vão refletir-se na vida pós-prisão. Depois de saírem da prisão, estas pessoas, por razões sociais e económicas, têm muita dificuldade de se desligarem dos grupos mais desfavorecidos a que pertencem, pela dificuldade de arranjam emprego. A sociedade mantém-se receosa para com estas pessoas. A manutenção desta exclusão favorece pouca atenção à saúde, sendo que essa

pouca atenção é mais notória na saúde oral, dada a perda de autoestima por parte do ex-recluso.

### **viii. Idosos**

Cada vez mais os conceitos de idoso, de envelhecimento, de velho são discutíveis, não havendo consenso sobre o real significado e abrangência dos mesmos. No entanto, para as políticas sociais, para a economia e cuidados sanitários, a definição dos mesmos é importante, pois dessa definição depende muitas das decisões e orientações do Estado Social e do sistema produtivo nas sociedades contemporâneas. Por outro lado, estes conceitos são constantemente desafiados, pelo aumento da esperança de vida e pela maior participação dos mais velhos nas soluções da vida familiar, eles que eram até há bem pouco tempo sujeitos de cuidados. Mas há algo incontornável: a uma idade avançada corresponde, quase sempre, uma maior necessidade de cuidados médicos! Um facto que acarreta preocupações constantes pelos recursos de saúde necessários e fundamentalmente, pelos encargos económicos e sociais associados (Fernandes, 1995).

Esta realidade é sentida nos países desenvolvidos e também nos que estão em vias de desenvolvimento. O grande interesse científico advém da dificuldade que se começa a sentir em definir concretamente quando é que um ser humano começa a envelhecer e quando é que o envelhecimento marca uma etapa da vida (Morais *et al.*, 2008).

Entende-se por Idoso todo aquele elemento que pertence à terceira idade, isto é, que cronologicamente apresente uma idade superior ou igual a 65 anos. Uma idade que marca o momento da entrada na reforma e o usufruto dos benefícios delas decorrentes. O próprio conceito difere entre as populações e culturas, o que por si só já representa um ato discriminatório, pois tratando-se de países desenvolvidos, este patamar desce para os 60 anos. No entanto, com todas as reformas políticas e económicas que têm vindo a ser introduzidas, pensa-se que este limite poderá ser prorrogado, até ao limite de 67 anos. Desta forma, pensa-se que se consegue colocar no contexto produtivo o elemento que até então era considerado como velho. Tenta-se, portanto, tornar este elemento ativo e válido dentro da sociedade a que ele pertence (Brunetti & Montenegro, 2002).

Um dos aspetos que mais marca o processo de envelhecimento é o aumento do isolamento e a perda de autonomia. Destes factos decorrem também alterações

patológicas, algo que se tenta cada vez mais combater, mas que dificilmente se consegue travar, pois a regeneração está condicionada, as alterações emocionais são marcantes e todo o sistema imunológico acaba por ser posto em causa. A qualidade de vida destes elementos da sociedade acaba por estar muito descompensada (Brunetti & Montenegro, 2002).

Interessante será, neste contexto, não perder a noção de que o idoso, mesmo atendendo a todas as limitações existentes, não deixa de ter o direito ao respeito, à sua integridade física, à sua identidade, à sua autonomia e a todo um conjunto, normalmente vasto, de ideias e crenças que possui e que lhes proporciona alguma expectativa de qualidade de vida (Brunetti & Montenegro, 2002).

Todos temos perfeita noção de que uma pessoa, mesmo que enquadrada socialmente, acaba por ter consequências comportamentais altamente nefastas, quando apelidada de velha. Passa a ocupar o lugar de “a coitadita”, pois facilmente esta pessoa, que foi o ativo durante muitos anos, que contribuiu para um desenvolvimento social, é agora designada como excluída, quer profissional quer social, geográfica e até mesmo familiarmente (OMS, 2001).

Toda esta diferença existente entre aquele que um dia foi ativo e interventivo social e profissionalmente, e aquele que hoje é dependente e se isola, para tentar colmatar a exclusão, deixa antever o já existente desfasamento e desencontro geracional, que se repercute e se verifica com o afastamento familiar e a entrega da responsabilização do idoso nas instituições pré-programadas e formatadas para a sua “recolha”. Daí e tendo em conta o que anteriormente foi descrito, o idoso começa a ser visto como um “peso para a família e para a sociedade”, pois deixa de ser um agente produtivo e começa a ser um elemento a ser institucionalizado, para que se consiga direcionar todas as *“medidas específicas e orientadas para a velhice, como sendo um conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade”* (Fernandes, 1997: 18).

Desta forma, a família deixa de ser o único e exclusivo pilar para o bem-estar do idoso, passando a ser as instituições quase os únicos responsáveis pelo apoio moral, social, e sanitário, e de mobilidade, entre muitos outros (Lenoir, 1997). Aliás, esta visualização antecipada, que facilmente se constata por parte de todos quantos um dia serão os novos

idosos, é marcante sob o ponto de vista emocional e social! Consegue-se projetar um caminho, por vezes curto, que poderá apenas contar com uma só visão e que apresenta uma projeção negativista, pois apresenta as limitações físicas, as perdas anatómicas, as acuidades visuais, entre muitas outras, e como é sabido, fatores estes que limitam fortemente os seus hábitos normais (Rogowski, 2009).

Para esta população referida como “marginalizada” pela própria sociedade e muitas vezes pelo seu grupo familiar, entendeu-se conveniente criar apoios para responder capazmente aos mais variados pedidos de apoio. Em Portugal, por ordem do Provedor da Saúde, criou-se então uma via de contacto telefónica, que tornou mais direta e pronta a resposta que eventualmente será necessária a todos quantos a esta recorram. Designada por linha do Cidadão Idoso, tem por objetivo dar um apoio inquestionável ao idoso e alertar para todos os direitos e deveres de cada um destes elementos, que já tanto contribuíram para a nossa sociedade. Importa referir que esta linha de apoio aos idosos lhes possibilita uma interligação e intercomunicação com os demais elementos envolvidos neste projeto de apoio solidário, pois é-lhes facultada toda a informação necessária e pretendida. Desta forma há uma maior probabilidade dos idosos encontrarem outros elementos que estejam em igual situação, e até mesmo estabelecer contactos que lhes permitam ocupar da melhor forma os seus tempos livres. Atente-se, como já antes referimos, que um dos fatores de grande alteração comportamental do idoso é consequência do isolamento a que estes estão submetidos.

Pela informação obtida junto do Secretário de Ação Social, através das várias comunicações estabelecidas e pelos meios de comunicação, sabe-se que um dos instrumentos de ajuda, o CSI – Complemento Solidário do Idoso, que atua no campo da justiça e da saúde, vai sofrer cortes significativos, para que haja a sua atribuição apenas e só aos mais carenciados e não, como está a acontecer, a todos os que apresentem elementos duvidosos que lhes garantam este mesmo complemento. Estamos em fase de grandes alterações a este nível.

Para que se obtenha uma melhor explicação, e se consiga entender o que condiciona a vida e sua qualidade, no idoso, apresentamos um estudo, realizado durante o ano de 2007, no Fonesbus da Marktest, e que nos dá algumas informações de reflexão. Assim:



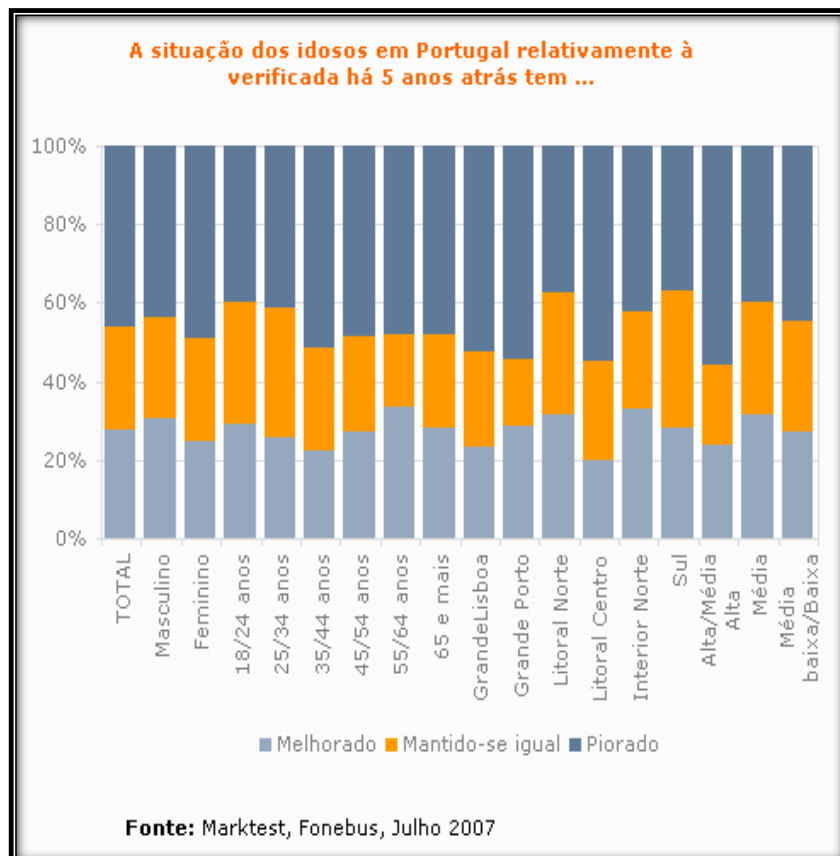


Gráfico nº 1 – A situação dos idosos em Portugal

Consegue facilmente verificar-se que a grande maioria dos idosos se encontra em situação similar ou pior, comparativamente ao ano de 2002. No entanto, é importante referir que, estando no ano de 2012, a situação económica e social do idoso piorou significativamente.



Gráfico nº 2 – Problemas que atingem os idosos em Portugal

Neste quadro, conseguimos verificar que as pessoas idosas apresentam como principais problemas a sua situação económica e a solidão, muitas vezes denominada por isolamento social. Representam aproximadamente 62% da população questionada. Mas, e não menos importante, temos cerca de 14% dos idosos que apresentam a saúde como um dos seus principais problemas, o que nos indica a elevada necessidade de atuação e, fundamentalmente, de ajuda médica.

É ainda possível discorrer deste estudo, que contou com 814 pessoas idosas inquiridas, a necessidade sentida em alterar algumas das medidas já em decurso, para diminuir as suas potenciais preocupações em torno da saúde, do acesso a esta e da qualidade prestada.

A população avaliada apresenta o aumento das reformas, o apoio familiar e a criação de lares condignos, como prioridades para uma melhor qualidade de vida. Não devem no entanto, ser discriminadas a criação de Centros de Dia, os medicamentos gratuitos, entre outros.



Gráfico nº 3 – Medidas que deveriam ser implementadas para resolver os problemas dos idosos em Portugal

Observe-se um outro estudo, realizado entre Fevereiro e Março, por questionário, a cerca de 40 mil Idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos, publicado em Novembro, na Revista Proteste, que foi apresentado pela DECO - Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor.

A informação inicial refere a quase inacessível aquisição de alimentos de qualidade, pela ausência de poder económico. Isto diz, também respeito aos alimentos de primeira necessidade. *“A difícil situação económica e a falta de autonomia influenciam de forma negativa o que se come: mais de um quinto dos inquiridos indicou ter dificuldades financeiras”*, acrescenta a DECO.

Ainda no mesmo discurso esta entidade refere que *“Os autores da investigação apuraram mesmo que três por cento dos inquiridos passou fome na semana anterior a responderem a estas perguntas. Entre os motivos que os idosos apresentam para comer mal estão os problemas dentários (35 por cento), as dificuldades económicas (24 por cento), a falta de apetite (13 por cento) e os medicamentos (12 por cento)”*.

A ausência deste fator económico, juntamente com a necessidade de ingestão de bebidas alcoólicas é também bem percebida por esta população.

O inquérito revela ainda que, *“principalmente nos homens, os idosos bebem mais álcool do que deviam: mais de dois copos por dia, o que “é excessivo”*. Também em demasia se encontra o consumo de doces, já que 70 por cento indicaram que os comem, pelo menos, duas vezes por dia”.

Ainda como forma de completar este tema, ambíguo e discriminatório, apresentamos o testemunho de um médico dentista, reconhecido pelos seus vários estudos epidemiológicos apresentados e que se focaliza na qualidade de vida, nos idosos.

*“Como um dentista e um imigrante para os Estados Unidos, acho que os debates políticos em torno do acesso de cuidados de saúde, qualidade e financiamento devem apresentar-se refrescantes e abertos. Temos feito um trabalho tremendo na prevenção de doenças bucais, exemplificado pela fluoretação da água que está sendo anunciada pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças ... proporcionar qualidade e acessível assistência odontológica para os nossos idosos ... na pior das hipóteses.*

*Talvez a nossa antipatia para prestar esse atendimento decorre de realidades pré-flúor ... meia-idade. Embora a maioria dos idosos de hoje mantiveram a maioria de seus dentes, existem disparidades graves na carga*

*de doença bucal, o acesso aos cuidados de saúde oral, e de qualidade relacionadas com a saúde oral de vida, raça / etnia, classe social, e comorbidades médicas e funcional ... Em parte por causa da retenção de dente melhor e em parte porque o acesso aos cuidados é problemática, estamos testemunhando o aumento das taxas de doenças dentárias em idosos. Esta situação é suscetível de agravar-se ... ao longo das próximas décadas, projeções sombrias sobre o "envelhecimento da América", não obstante, a razão mais atraente para melhorar a saúde e saúde bucal dos nossos idosos é aparente quando um rosto humano, completo com a boca, é a aposta para o problema. Doenças orais e disfunção pode ser extremamente doloroso, e eles têm um impacto agudo na qualidade de vida, afetando as interações de mascar, comer, falar e social. Em nenhum segmento da sociedade são esses domínios de saúde mais crítico do que em idosos, pois é nesta população que os deficits na qualidade de vida são os mais devastadores.*

*Apesar dos desafios económicos enfrentados pelo país, há medidas concretas que podemos tomar para melhorar a saúde bucal para os nossos idosos. Primeiro, o financiamento da prestação de cuidados de saúde oral deve ser integrada com os mecanismos utilizados para garantir a saúde geral e o bem-estar para os idosos. Segundo, porque os idosos são mais propensos a visitar um médico do que um dentista, é imperativo que os prestadores de cuidados primários e geriatras serem educados sobre as consequências médicas, funcionais, emocionais e sociais das doenças bucais e disfunção e que fornecem o rastreio regular e preventiva educação para doenças dentárias.*

*Terceiro, os cuidadores diárias de homebound e idosos institucionalizados de enfermeiros, assistentes de Internação Domiciliar e enfermeiros auxiliares de educação precisa melhorar atenção à saúde bucal e formação. Em quarto lugar, medidas de garantia de qualidade utilizados pelas organizações que prestam assistência para idosos deve abordar a saúde bucal e função. Finalmente, a comunidade odontológica deve reconhecer que a gestão de doenças bucais em idosos apresenta desafios específicos, é vital que nós geramos novas opções para a prestação de melhores cuidados de saúde oral para os idosos, inclusive a realização de odontologia geriátrica uma especialidade reconhecida da odontologia”.*

As patologias dentárias mais comuns nos idosos são as alterações das peças dentárias (cáries, mobilidades), a ausência destas e consequentemente as alterações do processo de mastigação, provocadas pelo referido e pelas alterações gengivais. A síndrome de Sjögren é também muito notória nesta população, assim como a xerostomia. A boca seca ou Hipo função salivar é um grave problema entre os idosos pois para além da inadaptação às próteses dentárias muitas vezes recomendadas, pode ter consequências ao nível do trato respiratório e digestivo. A polimedicação a que estão sujeitos estes elementos, está na base deste transtorno, colmatado apenas pela aplicação, quando

possível, de substitutos tópicos ou sistémicos, que promovem uma melhor qualidade de vida (Turner *et al.*, 2006).

Está sobejamente provado que a saliva tem uma influência inegável na microflora oral. A sua ausência total ou mesmo parcial potencia o aumento da cárie dentária, e de doenças periodontais, que surgem pelo aumento de elementos patogénicos oportunistas. Hoje sabe-se que xerostomia, nem sempre esteve associada a alterações de funcionamento glandular, como muitos autores o entendiam. Reconhece-se que está diretamente relacionada com alterações dos agentes recetores sensitivos, alterações de comportamentos neurológicos, agentes farmacológicos, ação radiação ionizantes, decorrentes de tratamentos oncológicos, entre muitos outros (Perotto *et al.*, 2007).

Torna-se claro, portanto que estas alterações da cavidade oral se traduzam em patologias nefastas para o idoso. A título de exemplo, um estudo realizado por Perotto (2007) conseguiu-se verificar que, entre os idosos com xerostomia e polimedicados, havia uma estreita relação, sendo que se conseguia aferir de sintomas deste processo decorrentes, nomeadamente convulsões, depressões, até cardiovasculares, entre outros. Saliente-se que 25 % da população estudada apresentavam xerostomia e 36 % eram polimedicados.

O idoso, quando recorre a instituições públicas, numa grande maioria das vezes é-lhe prescrito antibioterapia ou simplesmente, é-lhe realizada exérese da peça dentária ou do resto radicular ainda existente, pois “nada mais podem fazer”. Segundo relações efetuadas pelos próprios utentes, existem alguns programas, apoiados inclusive pelo Alto Comissariado da Saúde e empresas ligadas ao ramo da medicina dentária, que estabelecem um número máximo de protocolos e com este conseguem atuar ao nível do tratamento e reabilitação oral. Mas, mesmo contando com o grande apoio de algumas IPSS e unidades, que cooperam quase gratuitamente para a promoção de saúde oral, o que há a fazer, ainda constitui um longo caminho. É também de extremo interesse, “aproveitar” todo o seu amplo conhecimento, em prol de uma sociedade mais justa, e não só na saúde. As suas vivências, as suas tradições, o seu poder na inter-relação com os mais jovens, a forma versátil como estes apresentam as suas histórias, mitos e crenças, são sem dúvida um bem muito útil para todos nós (Ekwowusi, 2007; Nascimento & Cruz, 2007; Senhoras, 2003).

Existe elevado número de estereótipos sobre o envelhecimento e terceira idade no mundo. A terceira idade é uma categoria social construída, em cada sociedade, com base nos seus valores, e é vivida de forma diferente de acordo com o contexto social em que está enquadrada, gerando-se portanto grande diversidade. Por exemplo, a sociedade moderna privilegia alguns valores, nomeadamente o respeito à vida, singularidade pessoal e o direito à cidadania e à felicidade. Mas não os aplica aos idosos. Ainda se constata que, se o idoso possui condições socioculturais e económicas favoráveis, então será atendido e terá acesso de forma bastante diferenciada, comparativamente aos demais, que não têm condições, colocando-se em questão e mais uma vez, o direito à cidadania e equidade social. A doação e assistencialismo continuam a ser as duas grandes bases de sustentação e benefício dos muitos idosos dependentes, que não possuem condições de acesso compatíveis com as suas necessidades. A maioria destas atuações e intervenções tem carácter voluntário. Muitas são as instituições, de carácter solidário, que se empenham em prol desta faixa etária, mas torna-se a certa altura pouco sustentável a sua continuação (Ekwowusi, 2007). Na verdade, deveria caber ao Estado promover alguns mecanismos que possibilitassem um maior apoio para os voluntários, desenvolvendo-se cada vez mais a ideia de entreajuda e de relação interpessoal. Tal não acontece. Os serviços oferecidos são cada vez mais escassos, os recursos mais difíceis de encontrar, e os programas propostos quase nunca chegam a ser postos em prática, por dificuldades de vária ordem.

Sabe-se que a ausência de um projeto de vida sustentada para a terceira idade pode trazer desânimo e descrença por parte desta população. Assim tudo o que promova fazer planos e novos amigos, participar, conviver, motivar, ouvir e partilhar, para estimular a sua autoestima e a sua imagem é fundamental. Muito deste trabalho é realizado por toda uma vasta equipa de voluntários e muitos destes pertencem aos grupos dos idosos. Geralmente demonstram uma grande dedicação e entusiasmo e sentem-se úteis, numa sociedade altamente marginalizante e cheia de pré-conceitos (Senhoras, 2003).

Em conclusão, pode ser referido que o idoso tem ocupado um lugar de algum destaque na sociedade, devendo-se este facto, fundamentalmente, à preocupação política, social e familiar em enquadrar a família cada vez mais distante, a sociedade mais seletiva. Tal facto apresenta-se como única forma de potenciar a qualidade de vida desta população, no recurso a instituições privadas, onde tudo parece ficar resolvido, o que não é de facto

o caso. As experiências e informações que recebemos e transmitimos pelas tradições, educação e interação, bem como os papéis e as classes sociais a que pertencemos, ditam as desigualdades e competências que cada um terá no seu estágio de idoso (Nascimento & Cruz, 2007).

#### **ix. Emigrantes / Imigrantes**

Sabe-se que a imigração é uma das várias realidades históricas que se relaciona diretamente com as desigualdades de desenvolvimento e riqueza existentes entre vários países. Estas discrepâncias têm vindo a ser mais notórias, como resultado de um significativo aumento de imigrantes. Muitas pessoas deixam o seu país, pois entendem que é irrecusável a procura por melhores condições de vida. Este fenómeno acarreta alterações geográficas mundiais, pelo facto de haver uma troca populacional entre o país de saída e o país de chegada (Santos *et al.*, 2007).

Visíveis são as transformações na dinâmica migratória europeia, e fundamentalmente após a segunda guerra mundial. A necessidade de emigrar aumentou, levando alguns países a controlar de forma mais significativa as suas fronteiras, no sentido de diminuir o número de entradas. Na década de 1990, houve um crescendo no fluxo migratório, que se fazia notar pela população vinda do leste europeu. O fluxo de imigrantes vindos da ex. União Soviética e dos conflitos nos Balcãs sentiram-se principalmente na Alemanha, enquanto o Sul da Europa se debatia com a entrada de emigrantes africanos. Portugal também recebeu alguns destes imigrantes de Leste. Num mundo a caminhar para a globalização, mas ainda com diferenças económicas, políticas e sociais colossais, a Europa passa a debater a questão da imigração, com a consciência da sua delicadeza e suscetibilidade (Ferreira, 2009).

A emigração já faz parte do quotidiano português antes mesmo da década de 1960. O destino preferido nesta altura era o continente americano. No entanto, em meados dessa década, o emigrante português quase abandonou a emigração para a América do Sul e passou a dirigir-se mais para a Europa. A emigração atingiu então níveis ímpares. Os países mais escolhidos foram, maioritariamente, a Alemanha, França, Luxemburgo e Suíça. Com a Revolução de 25 de Abril de 1974, regista-se a chegada dos que estavam nas ex-colónias. Foram entre 600 000 a 700 000 pessoas que regressaram, contribuindo para uma espécie de rejuvenescimento da população. A partir dos anos 80, a emigração

continuou a verificar-se, mas tornou-se menos significativa, comparativamente aos anteriores períodos. Sendo Portugal um país democrático, que abriu as suas portas ao desenvolvimento e à inovação, aproximando-se da Europa, deu mais razões aos portugueses para ficarem no seu país de origem. Assim, durante a maior parte da década de 70, o número de emigrantes portugueses, esteve sempre abaixo dos 20 000, valor bem abaixo do habitual (Ferreira, A. 2009).

Portugal foi durante muito tempo um país de emigração por excelência, mas nos meados de 1990 tornou-se também um país de imigração, verificando-se um elevado número de entradas de pessoas, principalmente vindas do Brasil e dos países de Leste (Peixoto, J.,2004).

Esta mudança significativa fez com que houvesse uma grande preocupação em torno de uma nova situação: a marginalização e a discriminação de todos os que chegavam. Muitos casos houve, em que a condição humana era esquecida. O acesso a habitação, aos cuidados de saúde e escolarização dos filhos, era constantemente posta em causa. Mesmo assim, cerca de três milhões de imigrantes vivem dentro da União Europeia, mas ainda numa situação ilegal, número bastante elevado quando comparado com o número dos que conseguiam a sua legalização: cerca de 1,6 milhões. Trata-se de uma situação essencialmente burocrática, pois os próprios governos exigem avultadas quantias para apresentar o indivíduo com a legalização. Verifica-se facilmente que estando não legalizados, estes indivíduos continuam a ser vistos como possíveis criminosos, pois apresentam uma condição económica desfavorável (Santos, Silva, Peixoto, 2007).

Assim, o único argumento a favor da emigração é a necessidade de trabalhar e de conseguir melhor qualidade de vida, pelo menos economicamente. A mão-de-obra torna-se mais acessível, e desta forma contribuem para um crescimento económico. No entanto, este fator positivo, continua a não ser avaliado como positivo, dentro da população recetora, que fundamentalmente está contra a instalação destes indivíduos dentro da sua comunidade. Normalmente registam-se atos de violência e de grande discriminação junto dos imigrantes, insurgindo-se contra os benefícios que estes poderão adquirir, aquando da sua legalização (Ferreira, 2009; Santos *et al.*, 2007).



A imigração registada mais afincadamente nos países Europeus trouxe alguns fenómenos como a xenofobia e o racismo. Por este facto, em 1997 a União Europeia declarou este como o ano europeu contra o racismo e criou diversas iniciativas no sentido de promover a união e paz entre os povos. A Europa tem sido um destino de grande interesse por parte dos imigrantes, pela facilidade e flexibilidade na deslocalização, na língua e no poder económico, que alguns destes países apresentam (Ferreira, 2009).

Existia e ainda se sente uma discriminação associada a este processo de imigração, facilmente constatável, até pelo próprio tratado de Schengen, que restringia a entrada de indivíduos africanos em Portugal. Estes trabalhadores, normalmente selecionados e encaminhados para obras públicas, muitas vezes clandestinamente, não tinham quaisquer direitos, mesmo da própria segurança social. Mas esta que era uma necessidade sentida pela população residente, pois conseguia ter mão-de-obra mais económica e além disso, delegava os serviços que não gostava de realizar, deixou de ser tão marcante. A mão-de-obra começou a ser excessiva para a oferta, e os imigrantes deixam de ser tidos como elementos necessários e em alguns casos indispensáveis, e passaram a ser descritos como indesejáveis, sendo consequentemente alvo de exclusão social, xenofobia e até racismo (Costa, 1998). Associado a isto, juntam-se diferenças culturais e religiosas, preconceitos e estereótipos, o que deu origem também à formação de grupos marginais organizados, à delinquência, ao tráfico de droga, bem como a uma marcada indiferença quanto à formação académica, cultural e mesmo económica (Santos *et al.*, 2007).

Ainda atendendo ao referido, é interessante atender ao publicado por Alfredo Bruto da Costa (1998), onde este afirma que “*o desenvolvimento dos países pobres é a única verdadeira solução para o problema das migrações massivas, motivadas mais pelo «efeito de repulsão» (push effect) dos países de origem do que pelo «efeito de atração» (pull effect) dos países de destino*” o que de alguma forma reitera a necessidade de avaliar os métodos e qualidades destas migrações.

Devido às constantes imigrações, a Europa tornou-se um continente multicultural, sendo que esta multiculturalidade é positiva na medida em que enriquece a sociedade, mas torna-se também um dos maiores fatores de exclusão para as minorias étnicas. Em Portugal, por exemplo, as minorias étnicas sofrem diversos tipos de discriminação ou

exclusão, gerando-se pobreza e portanto desinteresse generalizado. É bem visível que a maioria social e cultural exclui as minorias dos locais onde habitam, criando assim guetos onde se concentram as referidas minorias. Estes guetos acabam por agravar os problemas sociais já existentes. A exclusão sentida em torno dos imigrantes, não se cinge apenas a questões culturais, mas também a questões de ordem racial, o que tem vindo a ser um grande e grave problema, fundamentalmente junto da população pertencente aos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) (Santos *et al.*, 2007).

Apoiando a necessidade de intervir neste problema social, o Observatório Europeu do Racismo e da Xenofobia considera que apesar de tudo, a habitação é a principal fonte de discriminação dos estrangeiros, nomeadamente em Portugal, constatando-se casos em que o imigrante fica alojado em locais perfeitamente desumanos, designadamente garagens abandonadas ou contentores. No entanto, é possível aferir que o imigrante continua a pertencer a um grupo muito excluído e que sente grande dificuldade em enraizar-se no país para onde parte.

Todas as dificuldades, obstáculos e entraves relacionados com a habitação e outros fatores sociais levam à exclusão social e, portanto, fica afetado o livre acesso à saúde, como seria pretendido. No entanto é importante reforçar a ideia de que as dificuldades sentidas pelos emigrantes/imigrantes podem levar à pobreza e esta é mais um elemento de exclusão social, que por vezes é irreversível. Mas, e atendendo a tudo o que já foi referido, não é correto afirmar-se que exclusão e pobreza são conceitos intrinsecamente ligados (Castel, 1990).

### **3.3. Consciencialização de doença**

#### **i. Conceito de doença**

O conceito de doença é sem dúvida um dos mais difíceis de se definir, pois à medida que o tempo avança, as alterações são uma constante e, claro, todas as complicações associadas e consequentemente as terapêuticas usadas estão em constante adaptação e alteração. Depreende-se pois que saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constantes mudanças. Há alguns anos atrás, a doença era definida como ausência de saúde, sendo a saúde definida como ausência de doença, definições iguais para conceitos bem diferentes. Hoje tal não se verifica! O

conceito de saúde preconiza a ausência de doença, mas adenda elementos fundamentais, como por exemplo, a ausência de alterações físicas, mentais, entre outras, o bem-estar psicológico / social / espiritual / ecológico, conseguindo-se assim a homeostasia que tanto se procura para o ser humano (OMS).

Algumas autoridades encaravam a doença e a saúde como estados de mal-estar ou de bem-estar. Infelizmente, pontos de vista redutores como estes levaram os investigadores e os profissionais de saúde a sobrevalorizar os componentes biológicos da saúde e da doença. Definições mais abrangentes, quer de saúde quer de doença, consideram já alguns aspetos causais da doença e da manutenção de saúde, como por exemplo fatores psicológicos, sociais e biológicos. No entanto, apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais. A presença ou ausência de doença é tida também como um problema pessoal e social, pois por um lado temos a capacidade individual para trabalhar e executar as tarefas do quotidiano, diretamente relacionada com a saúde física e mental, e, por outro lado, a doença pode afetar outros elementos/pessoas, nomeadamente familiares e/ou amigos. A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construção de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda a construção das relações estabelecidas entre corpo-espírito e pessoa-meio ambiente. A história da medicina demonstra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo, pois, diferentes perspetivas sobre os processos evolutivos dos conceitos de saúde e doença (Albuquerque & Oliveira, 2002).

O facto de se apontar a doença como perigo para a humanidade, tem incentivado a segregação dos doentes, como se fazia com os leprosos na antiguidade e como hoje se faz com os doentes mentais. Um ponto de vista positivo sobre a doença é que esta pode constituir um estímulo para a procura de novos conhecimentos, iniciando o processo aquando da tomada de consciência do próprio corpo e terminando com a cooperação entre os indivíduos. A constatação da doença é também um estímulo para serem tomadas medidas sociais importantes que devem ir além do benefício imediato do doente no campo sanitário, mas mais do que isso, ser o estímulo da agregação dos indivíduos e da sua necessidade de consciência coletiva sobre o conceito e o que este implica (Berlinger & Hugitec, 1998).

## **ii. Saúde e doença num novo paradigma**

A OMS define saúde como “*um estado de completo estar bem físico, mental e social*” e não apenas a ausência de doença. Sempre que tal não se verifique, estamos em perfeito desequilíbrio, e portanto no caminho da doença.

Gilbert Clavel (2004) apresenta sobre este tema uma perspectiva baseada no direito humano, no eventual desrespeito pelas pessoas e situações altamente marginalizantes, que apontam exatamente no sentido da exclusão. Evidencia o potencial existente em torno da repressão, atendendo à forma como esta ação é conduzida em detrimento dos excluídos. Acrescenta a necessidade de desbloquear todas as burocracias, há muito identificadas, para que a situação não se agrave rapidamente nestes grupos marginalizados.

A forma como cada grupo familiar gere dentro do seu lar os conflitos desviantes dos mais variados fatores e o que a estes diz respeito, nomeadamente os de origem económica, educacional, e de saúde, é altamente diferenciada e divergente. A identidade do indivíduo, a sua caracterização, o seu enquadramento social, entre muito outros fatores, são elementos que se impõe ponderar para então saber entender e até atuar de forma a poder prestar auxílio social. Os gastos associados na saúde são muito significativos e têm vindo a aumentar, notando-se um aumento na ordem dos 8.5 % entre os anos de 1959 e 1994, alertando-nos para um crescendo relativamente a esta matéria. Este aumento está relacionado com o anteriormente referido e com novas políticas sociais (Clavel, 2004).

As leis propostas pelo Ministério da Saúde encaminham o doente para um inatingível acesso à saúde, veja-se o que se passa com a lista de espera nos tratamentos médicos, taxas moderadoras elevadíssimas, um número reduzido de técnicos qualificados, os equipamentos muitas vezes obsoletos, a própria disponibilidade de transportes públicos para aceder às instituições que prestam os cuidados de saúde. Tudo elementos a dificultar o acesso à saúde.

Se transportarmos esta realidade para populações socialmente excluídas, constatamos um cenário mais dramático e penalizador. Este grupo de pessoas está completamente desenquadrado comparativamente ao que se entende como digno e mais indicado no âmbito da saúde. Apesar de tudo isto, sabe-se que estes grupos seriam aqueles cujas

condições de acesso deviam ter alguma diferenciação positiva, mais não fosse porque são aqueles que apresentam mais sinais e sintomas relacionados com patologias crónicas, nomeadamente patologias do foro cardiorrespiratório, vasculares, imunológicas, do sistema nervoso, dentárias e oculares, mas tal não se verifica (Clavel, 2004).

Sabe-se que estes grupos socialmente excluídos, para além da sua doença, possuem ainda um vasto leque de sinais e sintomas decorrentes das alterações que surgem por implicação terapêutica, por disfunções orgânicas, por condições lastimáveis no local de trabalho, pelos locais que frequentam, pela ausência de higiene geral e dentária, pelas condições habitacionais, entre muitas outras. A alteração do seu estado emocional é mais significativa, quando associada ao desemprego. A relação direta com o seu EU fica muito conturbada e traduz-se em distúrbios mentais (Crandfils, N. *et al.* 1995).

Mas nem sempre o não acesso à saúde passa pelo sentimento de exclusão e pelos fatores indicados. Existem alguns estudos que nos indicam que a ausência na procura dos cuidados de saúde se verifica por uma falta de cultura médica, que se enquadra num modelo normativo, adquirido pelas camadas médias e mais favorecidas. Outra razão que conduz à não procura dos serviços médicos é o limiar de pobreza, perfeitamente observado em grande parte da população, que segundo alguns comentadores políticos e autores, tende a aumentar em exponencial, nomeadamente nas classes média e baixa (Crandfils, N. *et al.* 1995).

Sabe-se que as pessoas mais desfavorecidas, não procuram tão sistematicamente os cuidados de saúde, quando comparados com a população dita normal. Os cuidados de saúde prestados na população mais favorecida aumentaram drasticamente e consequentemente, os custos associados ultrapassaram em cerca de 50% a média nacional, Mas este número é cada vez menos significativo e deixa de ser tão expressivo.

Existe de facto uma desigualdade no acesso, em que a pobreza diminui a possibilidade e capacidade de construir os melhores cuidados de saúde e, mesmo, acrescentar o número de profissionais de saúde devidamente especializados em determinadas áreas. Parece uma condição intrincada e complementar. A dificuldade dos utentes no recurso aos serviços de saúde torna-se cada vez mais seletiva, pelos custos que estão associados, pela própria prioridade e necessidade e pela existência de taxas moderadoras que

conseguem facilmente clivar estes elementos cujo rendimento económico, geralmente, é mais baixo e cujas áreas de atuação médica, são cada vez mais complexas. Constatase que as despesas/encargos com saúde subiram dos 5% para os 6,3%, o que fez disparar a taxa de esforço das famílias para os 15,6 %. Significa portanto que as populações mais pobres, necessariamente, tiveram mais repercussões decorrentes desta alteração, assumindo-se uma maior dificuldade em manter um estado de saúde condigno, o que se traduz num maior risco de doença e mesmo, um elevado risco de exposição à morte, por falta de meios complementares, que beneficiassem o estado de saúde destas pessoas. Este facto levou os responsáveis do RMI a pronunciarem-se, alertando para a possibilidade de duplicação das taxas de morte, no conjunto da população, o que se tornaria completamente desastroso (Crandfils, N. *et al.* 1995).

A exclusão na saúde pode fazer-se sentir, também, quando se fala em especialidades médicas. Os cuidados específicos e os equipamentos que a estes estão diretamente relacionados, quase não existem e quando existem, pautam-se por um tardio atendimento ou pela avaria dos próprios equipamentos. Verifica-se ainda, uma hierarquização nas próprias instituições, que a não ser notada e realizada, podia constituir uma melhor organização e consequentemente um melhor atendimento. Mas de facto, tal não se verifica. É tendo em conta o grupo social e a classe social a que a pessoa pertence, que o atendimento na saúde é bastante diferente. Acrescenta ainda que esta hierarquia dos estabelecimentos seria em função do grau de tecnicidade e de especialização destes e não como se verifica, em função de aparência, graus académicos ou fatores económicos. Refere ainda que o facto de a doença ser também resultado de um fator social, assim como o tratamento da mesma, não foi tido em conta durante muitos anos, mesmo no plano científico, fazendo aprovar todo este desequilíbrio e contribuir para, *à posteriori*, alertar para a necessidade de qualidade, economia e controlo nos serviços de saúde prestados (Chauvenet, 1976).

Os cuidados socialmente diferenciados, que se baseiam na lógica da especialização, enquanto fator técnico-económico, envolvidos no processo de uma redistribuição das medicinas, e o que estas representam economicamente, explicam de forma muito esclarecedora a seleção que é feita em torno de critérios de solvibilidade e de grupos de doentes crónicos ou portadores de doenças agudas. Esta lógica de especialização, por si só representa uma forma de exclusão, pois cada corpo é um corpo e reage de forma bem

diferente aos avanços terapêuticos. O custo que cada pessoa representa para o SNS é portanto bastante variável em consequência dos cuidados, diferenciados, não suportados na lógica da especialização, que se fundamenta no fator económico (Chauvenet, 1976).

Como ponto de conclusão, é importante haver a noção de que o sistema de proteção social, ainda em aplicação, assenta em três pontos fundamentais e que de facto são demonstrativos do que representam as necessidades das pessoas. Assim, temos uma Segurança Social quase inexistente e que se preocupa apenas com questões laborais. A ajuda médica voluntária, que diretamente se relaciona com apoios promovidos pelas IPSS, tenta diminuir, pois também não tem apoio governamental. O acompanhamento e o apoio habitacional promovido pelos assistentes sociais, quase não se fazem notar, exatamente pelo estado económico do país. Estes três níveis de intervenção apenas nos conduzem ao lamentável e questionável resultado: quanto mais os rendimentos do trabalho diminuïrem ou desaparecerem, mais as pessoas correm o risco de serem excluídas do sistema dos serviços de saúde e mais se tornam dependentes da ação das coletividades e do Estado.

### **iii. Saúde e doença na modernidade**

A carência de conhecimento mais profundo sobre as maiores necessidades de intervenção no âmbito da saúde é cada vez mais evidente. Continua-se a fundamentar todo o conhecimento apenas no modelo experimental tradicional, há muito implementado. No entanto um novo paradigma se vai impondo, dados os desafios que atualmente se colocam a todos os que trabalham no campo sanitário. O facto de haver uma população cada vez mais idosa, os desafios que se colocam ao nível de acesso, sustentabilidade e prevenção da saúde, o facto de grande parte da morbilidade e mortalidade se relacionarem cada vez mais com os fatores culturais, sociais e ambientais, o aparecimento de novas patologias, a problemática dos acidentes profissionais e doenças ligadas aos estilos de vida, são um conjunto de novas problemáticas a que urge dar respostas fundamentadas na investigação. As “bolsas de pobreza” aumentaram nas sociedades mais industrializadas e desenvolvidas, mas também se nota uma crescente exigência por parte dos utentes que recorrem aos serviços médicos, particulares ou públicos, o que indica uma grande alteração na postura e atuação da sociedade perante os seus problemas sanitários (Popay & Williams, 1996).

Dean & Hunter (1996) dizem que há uma grande necessidade em alterar algumas das questões ligadas à saúde, mas que ainda existem marcas muito profundas e cimentadas que se vão mantendo e que dificultam esta tão esperada mudança. Acrescentam mesmo que dificilmente vão ser banidas. Basta ter noção que o poder em torno deste modelo de saúde, possibilita o desconcertante conceito e noção de que os seus constituintes “*retornam com novas manifestações que estabelecem para o futuro desafios de dimensões desconhecidas*”, tornando o cenário pouco animador, atendendo às necessidades sentidas pela população em geral e, principalmente, pelos referenciados como marginalizados e excluídos.

A necessidade de alicerçar a saúde em medidas de promoção e de prevenção parece ser cada vez mais vantajoso e coerente, tendo em conta todos os elementos já apresentados. O conhecimento existente sobre este estado de saúde por parte das populações carenciadas parece ser também uma grande aposta, pois possibilita uma maior comunicação entre estes e as equipas médicas, pela forma como apresentam os sintomas. É importante que, para a promoção e prevenção, deixe de ser tido em conta apenas a que é pedido pelo poder político, cioso da sua capacidade de liderança, e passem a ser tidas em conta as vivências dos elementos, o seu mundo simbólico, que durante muitos anos serviram para fornecer alguma qualidade de vida (Aubel & Judi, 1991).

Neste mesma linha de pensamento, Pereira (1987) diz que é fundamental uma focalização para a “*compreensão, reconhecimento e tratamento dos doentes*”. Alerta para a necessidade de uma promoção de saúde que esteja direccionada para todos os determinantes desta. E esses determinantes podem perfeitamente estar associados a crenças, ditos, mitos, rituais, entre outros, influenciando positivamente o estado geral do indivíduo e aproveitando o que culturalmente este elemento foi adquirindo no seu espaço cultural. Nesta sua abordagem, apela para um holístico e multidisciplinar conceito de saúde, e, conseqüentemente, alerta para a necessidade de mais atenção para a dimensão comportamental e emocional por parte dos técnicos de saúde e responsáveis sanitários.

Os doentes estão cada vez menos recetivos aos “ensinamentos” prestados pelos próprios profissionais, fundamentalmente quando estes não são nem estão de acordo com o que para eles é fulcral, designadamente em situações em que as indicações não traduzem a



informação que já recolheram e que derivam das suas crenças e informações complementares (Fabb, 1995). O paciente já não é um elemento passivo, que acata sem questionar a informação fornecida. Manifesta-se cada vez mais e pretende saber qual o seu estado de saúde e quais as formas de intervenção e de tratamento disponíveis. Desta forma, afirmam ser capazes de optar em consonância com o que lhes parece ser o mais indicado, mesmo que possa ser traduzido em algum prejuízo próprio.

Esta forma de estar, que vem a evoluir nos últimos tempos, fundamenta claramente o que havíamos já referido: a necessidade de perceber o doente! Reconhecer este doente como alguém dotado de saber, com cultura e conhecimento, que fomentou pelas várias experiências e informações adquiridas ao longo da sua vida. Um saber, em grande parte das situações transmitido entre gerações, e vai assim transitando, fomentando o conceito de solidez, eficácia e sapiência.

A saúde, a ciência e a vida cruzam-se e alimentam-se, numa unidade onde o meio ambiente é também parte integrante. Os cuidados de saúde apenas se verificam com eficácia se tiverem em conta as organizações, que intervêm profissional e estatutariamente, e a relação entre utente e técnico de saúde (Soutelo, 1987). Uma relação que se impõe cada vez mais como necessária, numa sociedade de isolamento onde o médico representa também o papel do ouvinte, o que não se verifica na maioria dos casos.

A decisão na procura ou não dos serviços médicos, por parte do doente é racional. Baseia-se em cálculos, em consequências, em regras de jogo e de interesses, que são a base para a sua escolha, que fundamentam a sua perceção, o seu comportamento e a sua própria definição do que é ser ou não saudável (Quivy, 1988). Uma definição que se fundamenta também numa cultura do corpo e da saúde (Ahumada, 1990), dentro da cultura a que o utente pertence, onde se podem centrar os verdadeiros paradigmas de doença existentes, vistos como determinantes.

Já Dracup, (1995) alerta para o conceito do corpo e suas alterações, enquanto doente, atendendo assim aos sintomas que estes elementos apresentam, enquadrando-os em contextos ambientais, sociais, económicos, pois estas alterações são frequentemente motivo de grande exclusão por parte dos demais elementos do grupo. Todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum, o que é indicativo de que a

saúde e a forma como esta deverá ser tida em conta, depende não apenas da ciência concreta, mas também daquilo que se transmite pela pessoa e pelo seu conhecimento, que desabrochou pela cimentação de anteriores conhecimentos adquiridos (Santos, 1990). Hoje deparamo-nos com algo altamente contestável, mas perfeitamente implementado. A ciência impera, mas não é mais do que a cimentação do senso comum dos elementos que constituem a nossa sociedade (Farr, 1984).

Para dar como concluído este tema será importante referir que a saúde, o acesso aos cuidados de saúde, é ainda um direito para toda uma população, sendo que este direito tem uma dinâmica diferente quando se trata de uma população estigmatizada, com características próprias e patologias particulares, perfeitamente consagradas na Constituição da República, artigo 64: “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”.

#### **iv. Cultura de saúde: sintomas e consumo de cuidados**

A antropologia, ciência social, atenta à globalidade do homem e com uma metodologia muito específica, como é a de trabalhar o terreno onde as práticas sociais acontecem, tem vindo a conduzir estudos junto de várias comunidades, a fim de demonstrar a importância do conhecimento e do reconhecimento de fatores culturais, sociais, ambientais, entre outros, que podem estar na origem da doença. Associa-se a este interesse decifrar quais os intervenientes intrínsecos e extrínsecos que podem dinamizar o seu aparecimento ou a sua evolução, nomeadamente na forma como cada indivíduo se enquadra na sociedade, a sua vivência, os mecanismos de ajuda a que recorre, entre muitos outros. Cada vez mais se torna irrefutável a ideia de que nem toda a doença surge apenas em consequência de alterações orgânicas, fisiologias, mas é também desencadeada por alterações não biológicas, nomeadamente, do foro psicossocial. A doença, resultado de experiências sociais e valores culturais, bem marcantes, é experimentada e percebida de forma completamente díspar nas diferentes pessoas (Fabrega, 1974; Helma, 2003).

A doença pode ser o resultado de um mau estar físico e biológico, mas não deverá ser descurado o bem-estar social, pois sem este nada está em equilíbrio, nomeadamente e fundamentalmente o doente (Pereira *et al.*, 2007).

Reconhece-se que a inserção cultural do indivíduo, os vários contactos estabelecidos e eficácia dos mesmos, e o comunicado nas suas variadas experiências, são os sinais e sintomas essenciais para se poder aferir de um estado de saúde concreto. Dessa forma, obter-se-á uma verdadeira anamnese; objetiva e fidedigna! Consegue-se uma diferenciação entre aquilo que representa a doença e o que é referido como experiência de doença. A forma como os doentes apresentam os seus sintomas é variável e portanto passível de várias interpretações por parte dos profissionais de saúde. Normalmente este facto deve-se a uma intrínseca necessidade em demonstrar o quanto necessitam de apoio, de ajuda e de atenção (Mechanic, 1972, Lin, 1978).

Good & Good (1981) apresentam algumas conclusões que conseguem descrever claramente a forma como o sistema cultural está associado à expressão característica do indivíduo e que atendendo aos sintomas verbalizados por este, se torna mais evidente que se deve apostar na observação completa e esclarecedora do doente. Dizem, por exemplo, que o coração, na somatização da cultura chinesa, indica uma procura pela atenção dos outros e mesmo pelos seus cuidados, o que nos orienta no sentido da homeostasia e do holístico.

Sabe-se que a forma como a medicina é abordada, no seu sentido lato, deixou de ser a mais usual. É cada vez mais notório o interesse pelo enquadramento do doente, às teorias pré-definidas, nos valores morais e sociais, assim como na forma como estes doentes assimilam as suas experiências e sintomatologias. O que fundamenta tal mudança está relacionado com a forma como cada um encara os seus sintomas. Dependendo da forma como é referido e ouvido cada um dos sintomas, pode ou não haver condicionantes que impedem um tratamento de excelência, colocando inclusive em risco a possibilidade de práticas de saúde por parte do técnico responsável (Good & Good, 1981). No entanto, é importante o enquadramento destes sintomas num simbolismo que não seja apenas reduzido a um quadro terapêutico de uma dada cultura. Estudos mais recentes apontam para uma relação mais estreita entre a proveniência cultural e a forma como é expressa a panóplia de sintomas por parte do doente, o que corrobora a ideia anterior (Zola, 1973).

As noções que se entendem como intrincadas estão relacionadas com fatores climáticos, condições de vida, características económicas e a própria atuação cultural presente (Nunes, 1987).

A forma como se relativiza a sintomatologia é determinante para um bom diagnóstico e esta está diretamente relacionada com o poder de observação do médico e o conhecimento do paciente. Atendendo a que hoje se fala de forma aberta, cada vez mais as pessoas recorrem a conhecimentos descritos como sobrenaturais. Este é um assunto pouco tolerado dentro da classe médica, uma vez que não tem qualquer carácter científico. Muitos são os casos em que esta ideia termina em opiniões críticas e é objeto de grandes censuras por parte dos médicos e da própria sociedade. Para grandes males, grande busca de soluções e de explicações, onde o campo do mágico não é excluído pode ser procurado. Quantos mitos e ideias não científicos à volta dos portadores de doenças infetocontagioso e que possuem doenças sexualmente transmissíveis (Hespanha, 1987). Toda esta realidade, o cientista e o profissional de saúde deve estar preparado para tratar e colocar dentro do seu campo de reflexão.

#### **3.4. Direitos e deveres em contexto de marginalidades**

Segundo a OMS, antes mesmo da Guerra Fria, houve uma grande preocupação em fundar o conceito de saúde, centrado na positividade, no otimismo, na dinâmica de relação. Ou seja, no essencial, no profissionalismo, para assim ser o reflexo de melhor qualidade de vida para os utentes. Atenta-se aos aspetos como o bem-estar físico, a alimentação, o acesso aos cuidados, o equipamento usados.

No entanto, e atendendo a várias mudanças sentidas, nomeadamente sociais, económicas, políticas, culturais, religiosas, comportamentais, ambientais, o que os utentes pretendiam e ainda pretendem, em relação à saúde, está muito longe do que conseguem obter. A própria OMS tem tentado atualizar este conceito de qualidade nos cuidados sanitários, atendendo a muitas críticas tecidas pelos mais diversos Estados, mas não tem sido uma tarefa facilitada. Na tentativa de solucionar o problema, definindo saúde como “um estado de completo bem-estar”, isso fez com que a saúde seja vista como algo ideal, inatingível, o que transmite claramente essa dificuldade em possibilitar um estado de equilíbrio total.

Atendendo a que a OMS é uma agência especializada em saúde, e subordinada à Organização das Nações Unidas, esta entendeu ser necessário introduzir algo mais vasto e ao mesmo tempo mais completo, que pudesse tornar esta mais real e que pudesse ser aceite pelos utentes. Surge então a definição que indica que todo o indivíduo ou grupo

deverá ser apto, ou tornar-se capaz, de realizar aspirações e satisfazer as suas maiores e sentidas necessidades e lidar com estas, dentro de um enquadramento social e ambiental, compatível com o seu estado de saúde. Pretende-se assim que a saúde seja entendida como um recurso diário e não um objetivo deste. Desta forma possibilita-se uma maior abrangência de recursos humanos, e garante-se mais equidade nos serviços prestados.

Vários têm sido os autores que se têm dedicado a esta dicotomia de deveres e direitos. A área da saúde sempre teve a definição de elementos concordantes e dissonantes quando se tenta alterar algo de grande impacto. No entanto, há autores que referem dever a saúde ser vista apenas como uma simples ausência de doença, condicionando fortemente a discussão sobre direitos e deveres (Boorse, 1977). Esta ideia redutora pode, no entanto, pôr em causa a conduta normal no caso da medicina psiquiátrica, pois nesta a ausência de doença não significa a inexistência de sinais e sintomas muito significativos (Kass, 1981). Outros (Nordenfelt, 2001) defendem que deveríamos ver a Saúde como um estado físico e mental em que é possível alcançar todas as metas vitais, dadas as circunstâncias.

Devemos entender que antes de qualquer consideração filosófica e moral, existe já assumido pelas nações que são signatárias dos acordos a ONU, um conjunto de direitos que deveriam fundamentar todas as políticas públicas, nomeadamente as que se referem à saúde. A Carta da Declaração Universal dos Direitos Humanos nos seus Artigos dá-nos todos os elementos fundamentais para entendermos os desafios que se colocam aos decisores e atores políticos. Desde o seu Artigo 1.º *“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”*, nenhuma razão mais se pode invocar para a discriminação quanto à sua origem e essência. Os artigos seguintes desenvolvem esta marca da liberdade e igualdade do ser humano, independentemente *“de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação”* (Artigo 2.º). Direitos protegidos e assumidos pela lei, concretizam-se em muitos âmbitos, entre os quais os da segurança social e da saúde:

*“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao*

*alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (Artigo 25.º).*

A própria Lei do SNS de 1979 (Lei n.º 56/79) colocou a sua ênfase nos serviços de saúde públicos. Os objetivos de equidade do SNS estão consagrados nas suas próprias características: universal (é destinado a todos os cidadãos, sem qualquer discriminação), geral (incluindo prevenção, tratamento e reabilitação) e gratuito (financiado pelo Estado e com escasso recurso ao pagamento direto dos utentes). Aliás, pelo artigo 4º, o acesso ao SNS é garantido a qualquer cidadão independentemente da sua condição social e económica. Um serviço de saúde que, com o tempo, verificou ser difícil a sua sustentabilidade, apelando algum pagamento direto por parte dos utentes, vindo a classificar-se como tendencialmente gratuito. Assim, em 1990, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde, inserindo um novo quadro legal no SNS. Este documento, que advém da verificação de iniquidades marcadas na população portuguesa, refere que *“é objetivo fundamental obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”* (Base II, 1- b). Desta forma, o SNS deve *“ (...) garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”* (Base XXIV, d).

Apesar de apresentar uma melhoria em termos de equidade e apelar igualmente à equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços, esta Lei de Bases tem lacunas que podem dificultar o acesso dos cidadãos.

Não obstante o princípio de equidade seja primordial na legislação do SNS, e sendo este um conceito político que muitos economistas revelam ser prejudicial à economia de um país (Davies & Moore *cit. in* Kawachi *et al.*, 2002), os governantes nacionais tenderam, no passado, a revelar pouca preocupação na sua concretização, promoção e monitorização. Dois documentos da OMS (2010<sup>a</sup>, 2010<sup>b</sup>) revelaram que até 2010 o SNS apresentava potencialidades, mas acima de tudo limitações e lacunas preocupantes. Ficou sabido que entre 2004 e 2010, Portugal não revelou estratégias e programas suficientes para combater as desigualdades em saúde; e que o SNS revelou progressos

bastante consideráveis, apesar de ainda existirem assinaláveis diferenças no estado de saúde dos portugueses, de acordo com o género, região geográfica e nível socioeconómico (tanto por nível educacional como por nível de rendimento). Os grandes desafios para o SNS apontam estes como sendo os âmbitos da consolidação e melhoria do estado de saúde dos cidadãos, da diminuição dos níveis de desigualdade entre grupos e da adequação da resposta às expectativas dos cidadãos.

Atualmente, com a crise económica mundial e a entrada do FMI em Portugal, o governo optou por uma menor comparticipação da saúde ao utente. No entanto foram atribuídas algumas isenções e comparticipações diretas a utentes mais desfavorecidos, nomeadamente os que estão em processo de desintoxicação e doentes oncológicos. Houve necessidade de aumentar as taxas moderadoras e reduzir o tempo de internamento hospitalar, questões que têm lançado várias e ferozes polémicas.

A alteração à regra do “*tendencialmente gratuito*” é cada vez mais uma certeza, basta avaliar o que tem sido implementado no nosso país e em todos os países Europeus. Tende-se para um serviço de saúde pago, e cada vez mais vinculado a seguros, aproximando-nos a largos passos ao que já acontece nos EUA, Austrália, entre outros.

A necessidade sentida por muitos em recorrer aos serviços de saúde começa hoje a ser bem diferente. O utente começa a ter mais em conta as suas capacidades financeiras e a avaliar essa mesma necessidade. Pondera se deve ou não recorrer aos serviços, pois terá de pagar as taxas moderadoras e este procedimento é oneroso e incompatível com o poder económico duma maioria populacional.

### **3.5. Justificativa**

Como Médico Dentista (com alguma experiência em trabalho de campo junto de populações desfavorecidas), pela pertinência, pelo interesse do ponto de vista científico, clínico e social, pelo particular gosto e interesse pela área da saúde comunitária, escolhi esta temática, muito discutida e muito divergente. Essa escolha foi feita na convicção de que a pesquisa poderia contribuir para o conhecimento da situação atual da saúde oral entre as comunidades urbanas ditas “marginais”, que são, por isso, socialmente estigmatizadas. A informação obtida poderá contribuir para a elaboração de programas, que promovam a integração de “minorias” na sociedade.

O êxito ou não êxito deste objetivo terá de passar pelo apoio e colaboração de todos os profissionais que, pela seu trabalho e estudo, contribuam para o enriquecimento e aprofundamento de conceitos e metodologias de investigação científica neste âmbito. No entanto interessa perceber que todos temos um papel fundamental para que esta marginalização, que se traduz em exclusão social na saúde, deixe de ser tão significativa e tão marcante.



## **PARTE II**

### **CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO EMPÍRICA DO TRABALHO DE CAMPO**

#### **1.1. Justificação do tema e população-alvo escolhidos**

Como médico dentista, pela experiência tida em trabalho de campo junto de populações desfavorecidas, pela pertinência, pelo interesse do ponto de vista científico, clínico e social, pelo particular gosto e interesse pela área da saúde comunitária, sentimo-nos na necessidade de explorar a situação atual da saúde oral em comunidades urbanas, ditas marginais, marginalizadas, vivendo em contextos de marginalização ou/e apenas, classificadas de minorias.

O interesse nesta comunidade específica designada como “marginal”, surge no nosso encontro com estudos de investigação cujos resultados apontam para uma saúde oral comprometida e associada a um estado nutricional, a uma escolaridade e a um estado socioeconómico afetados pela condição de marginalidade, que determina a qualidade de vida e, ao mesmo tempo, a integração na comunidade. Esta realidade é palpável na população portuguesa. Tratar as doenças e o próprio homem como algo mais do que biológico, que é afetado muitas vezes por circunstâncias externas, que provavelmente condicionam o seu estilo de vida, é muito importante para nós, enquanto seres humanos e enquanto profissionais de saúde, pelo que será indispensável que a intervenção no “homem marginalizado” seja holística. Consciente de que, que na maioria das vezes, a própria sociedade marginaliza um pouco mais estes grupos, impedindo-os linearmente de se realizarem enquanto pessoas ou cidadãos, consideramos pertinente explorar, intervir e por em prática os conhecimentos adquiridos ao longo da nossa formação, contribuindo para uma melhor integração de indivíduos que poderiam eventualmente, no nosso ponto de vista, ser considerados aptos a participar no crescimento socioeconómico de Portugal.

Ter integrado uma equipa de investigação multidisciplinar, onde o olhar clínico foi só uma parte do todo, e em que tudo funcionou, permitiu-nos descobrir que só através da observação e do conhecimento dirigido a todo o meio envolvente (macro e micro) poderá resultar num trabalho efetivamente proveitoso. Essa postura científica levou também a uma maior consciência do grande interesse em desenvolver o ponto de vista da inclusão social desta população marginalizada. Esta experiência, que se fez durante um longo caminho, mostrou-nos que o êxito neste trabalho só se pode atingir se pudermos contar com o apoio e colaboração de todos os profissionais, que pelas suas linhas de orientação e estudo, contribuem proativamente para o enriquecimento e aprofundamento de conceitos e de metodologias na investigação em saúde oral.

## **1.2. Identificação do problema em avaliação**

O que está em avaliação nesta investigação é saber como o acesso aos cuidados de saúde, neste caso de saúde oral, se faz em Portugal em grupos marginalizados e excluídos da sociedade. Sabendo nós que este acesso já é difícil por parte da população em geral, por razões de vária índole, como sejam os de ordem económica, da capacidade política de superar constantes constrangimentos organizacionais e educativos, parece-nos que o acesso seria muito mais difícil por parte destes grupos que vivem à margem da sociedade. Para a identificação deste problema concorrem muitos dados, ora recolhidos no espaço da informação médica, ora nas estatísticas disponíveis pelos censos realizados com relativa frequência. Mas seria impossível essa avaliação se não tivéssemos outros meios de análise teórica e outras metodologias de pesquisa. Esses meios foram procurados no espaço das ciências sociais. A questão do acesso à saúde, das políticas que o conformam, das perceções e capacidade das populações se relacionarem com o espaço da saúde exigiu um enquadramento antropológico, social e cultural, onde a dimensão simbólica, política e familiar dos atores sociais não fosse descurada.

Manifestou-se necessário contextualizar o que de facto é perturbador no âmbito do acesso à saúde. Vários fatores associados a estas populações afetam a sua saúde, os cuidados necessários e forma como elas se relacionam com o espaço público e as instituições. O facto de ao aumento dos custos de cuidados de saúde para populações afetadas com determinadas doenças se associar uma diminuição nos internamentos hospitalares, para receberem cuidados especializados e duradouros, em fase terminal, em

patologias infetocontagiosas, mostra como a relação com os cuidados de saúde é particularmente problemático. Daí ser de extrema necessidade conseguir informação pertinente e sustentada para se entender esse problema.

A necessidade de otimizar os serviços de atendimento já existentes para este grupo social em concreto, possivelmente encontrar forma de melhorar ou intervir com elementos/programas mais ativos e de interesse reconhecido por parte da DGS dentro das unidades públicas, nomeadamente hospitais próprios, com condições diferentes, poderão ser algumas das questões a debater. O objetivo é o de ultrapassar os problemas que ainda hoje se apresentam como as principais barreiras num acesso equitativo aos cuidados de saúde.

### **1.3. Objetivos gerais e específicos**

Para esta investigação, temos como objetivos gerais:

- Caracterizar alguns grupos populacionais sob a definição de minoria.
- Estabelecer a prevalência das principais alterações dentárias e da mucosa oral.

Já no que se refere aos objetivos específicos, definimos os seguintes:

- Conhecer os discursos sociais e culturais (mitos, narrativas tradicionais e costumes) que estão na base de uma construção social da discriminação e exclusão, e que influem a visão da sociedade sobre estes grupos, ao mesmo tempo que influenciam os comportamentos desta população no acesso aos serviços de Saúde Oral.
- Determinar quais os fatores existentes, extrínsecos e intrínsecos, que permitam, num futuro que se pretende próximo, alterar, intervir, direcionar e melhorar a qualidade de vida oral destes grupos “marginalizados”. Verificar quais os principais comportamentos de risco para a saúde.
- Averiguar/descrever sobre a atuação política, económica, da DGS, da sociedade, das entidades responsáveis na intervenção junto desta população.

#### **1.4. Recursos usados durante o trabalho de campo**

Para a execução desta investigação empírica recorreu-se a um conjunto de recursos, organizacionais, materiais e metodológicos, sem os quais não poderíamos não só recolher os dados necessários, como, no fim, analisá-los e discuti-los. Do acesso a estes recursos e sua organização muito dependia a qualidade final do trabalho. Nem sempre o investigador pode dispor de todos os recursos que esperava usar, seja porque há impossibilidades económicas e institucionais, seja porque no decorrer da investigação esses recursos tenham de se adequar aos imprevistos que vão surgindo ao longo da investigação. Tudo isto aconteceu ao longo da investigação.

Definida a temática e a metodologia a adotar, foi necessário selecionar o contexto de trabalho empírico. Optou-se no início por realizar a pesquisa no Hospital Joaquim Urbano, pois ali tínhamos a possibilidade de determinar uma amostra entre o universo que nos interessava investigar. Tomada esta opção, contactou-se a direção do Hospital e solicitou-se a devida autorização para aí trabalhar. Ao mesmo tempo organizou-se todo o material a apresentar à Comissão de ética do Hospital e à da Universidade, nomeadamente o Plano de Investigação e o Inquérito a aplicar. Para a realização desta pesquisa no Hospital Joaquim Urbano, onde sempre houve total apoio à investigação, era imperioso um acordo ou protocolo com a Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), pois era esta escola que tinha, sob concurso público, os cuidados de saúde oral neste hospital. Se num primeiro contacto a CESPU mostrou toda a abertura e disponibilidade para a cooperação, posteriormente foi adiando a assinatura do protocolo, para vir, passado muito tempo perdido, a denegar qualquer cooperação! Este foi um dos grandes contratempos ao avanço da investigação empírica. Sem este “terreno”, foi necessário escolher outro. Ele veio pela mão da ARRIMO e do Centro Social de Campanhã. Estas instituições permitiram o acesso a uma população de doentes com VIH, alcoólicos, toxicodependentes, prostitutas, etc., bem como a grupos de idosos.

Ao longo da investigação foi necessário uma grande organização no acesso à informação e às populações estudadas, o que obrigou a exigentes disponibilidades de meios de transporte, suportados pelo investigador. A necessidade de ir ao local de estudo de terreno e avaliação clínica, sempre com os riscos que lhes estavam inerentes,

fez com que esta investigação se prolongasse no tempo e fosse bem fundamentada no seu financiamento e sustentabilidade científica.

Para o trabalho no terreno utilizamos os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- Inquérito,
- Índice CPOD
- Odontograma.

A utilização destes instrumentos era precedida de um consentimento informado, previamente explicado aos elementos que iriam constituir a amostra, e que permitia ao investigador uma observação e utilização de instrumentos de diagnóstico não evasivos. Este documento foi validado e estava em perfeita concordância com o que era necessário por parte da Comissão de ética. As instituições implicadas neste estudo foram informadas sobre todo o processo e a forma como este iria decorrer, havendo o cuidado de reuniões prévias e periódicas para esclarecer qualquer dúvida decorrente ou existente quanto às necessidades físicas pretendidas para a recolha dos elementos em estudo e há sua contribuição/colaboração para que a população cooperasse nesta investigação. Aos elementos observados foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e da informação que decorreu da pesquisa. Foi dado a conhecer aos elementos que iriam integrar a investigação e às próprias Instituições a total liberdade de a qualquer momento poderem desistir da sua participação, assim como, a possibilidade de colocarem quaisquer questões ou dúvidas que fossem surgindo e que poderiam constituir uma barreira.

Contamos como recursos, todo o material médico necessário para uma avaliação efetiva da cavidade oral, designadamente *kits* de uso único, constituídos por gases, sonda de ponta romba, luvas, óculos protetores, babetes, máscaras, espelhos, entre outros, assim como desinfetantes que eram usados nas mesas e nas cadeiras, entre as avaliações realizadas nos utentes, garantindo-se assim, atendendo às condições físicas existentes, uma assepsia aceitável.

A avaliação dos utentes decorreu durante, aproximadamente, meio ano, sendo que este período não serviu exclusivamente para observação da cavidade oral ou a colocação do

inquérito. Muitos casos houve em que o tempo foi usado apenas para o diálogo, o conhecimento do seio familiar, uma maior aproximação dos indivíduos, ou para aguardar atentamente a chegada de pelo menos um elemento. Tal como já havia sido referido, trata-se de uma população que se deslocaliza muito frequentemente e, por conseguinte, houve elementos cuja avaliação só ficou completa após várias tentativas de aproximação. Foram muitas horas de trabalho, realizadas em diferentes situações sociais e culturais e em diferentes contextos geográficos, que atendeu prioritariamente à disponibilidade dos utentes, mesmo alterando em muitas situações a vida profissional do investigador.

Acabada a recolha de informação, tornou-se necessário trabalhar os dados a nível quantitativo através do uso do SPSS, de modo a termos a informação suficiente para cruzarmos dados e inferirmos pistas da informação disponibilizada.

Um recurso que importa aqui salientar, e que poderia ficar esquecido, foi o acompanhamento por parte de outras pessoas e técnicos na área da saúde, (psicólogos, assistentes sociais, médicos) em zonas mais complicadas da Cidade do Porto. Se esta diversidade de técnicos poderia constituir à primeira vista uma barreira no processo de recolha de informação, ela veio a revelar-se fundamental, não só pela ajuda já anteriormente mencionada, mas principalmente pelo contributo multidisciplinar dado ao trabalho.

### **1.5. Limitações mais marcantes encontradas durante todo o processo de investigação**

Ao logo desta investigação deparamos com algumas limitações e graves impedimentos. Num primeiro momento, apesar de algum trabalho de investigação já iniciado junto com investigadores de outras áreas de saber, não foi fácil definir um campo de trabalho e uma metodologia que nos exigia um assinalável esforço multidisciplinar. No entanto, a esta exigência e dificuldade podíamos oferecer uma vontade e uma disponibilidade inegáveis. Era esta uma aposta nossa e uma tomada de decisão bem fundamentada, numa postura que queríamos vir a ter não só na investigação agora iniciada, como numa atitude de vida para o futuro, enquanto médico dentista. A aposta revelou-se acertada, apesar das dificuldades inicialmente sentidas. Um outro impedimento surgiu, como já antes referimos, com a recusa da CESPU, incompreensível para quem pretende uma

maior qualidade de vida para os utentes e o avanço do saber científico. Para além de atrasarem o estudo empírico, delegando uma decisão final para além do suportável, destruíram uma grande parte da preparação dos dados de recolha, pois o investigador tinha-se preparado para um campo de trabalho muito específico, com instrumentos e autorizações adequadas ao mesmo. O acolhimento inicial e disponibilidade evidenciada, veio a revelar-se um comportamento inaceitável quando a uma exigência colocada, a sua satisfação não viu o resultado prometido. Em prol do saber, espera-se, no futuro, outras posturas e exigências éticas na colaboração científica. Como também já anteriormente referido, o fator económico limitou em parte a pesquisa. Isto porque as previsões realizadas estiveram desajustadas, atendendo à necessidade de grandes deslocações e meios, por parte do investigador, para obter resultados. cremos, no entanto, que essas limitações, com algum esforço, foram suficientemente superadas para que o resultado final não sofresse significativamente com as mesmas.

Por último, salientamos a pesquisa bibliográfica. O estado da arte sobre esta temática, no enfoque que pretendíamos, ainda não está suficientemente desenvolvido para termos uma base bibliográfica sustentável. Se bem que houvesse muitos trabalhos na maioria dos temas aqui tratados, não havia aqueles que os cruzassem e fundamentassem as linhas propostas. No entanto, verificamos que este é um caminho a trilhar com mais insistência e consistência, para o bem da qualidade de vida dos utentes e da sociedade no seu geral.

#### **1.6. Contextualização das instituições que recrutaram a população-alvo**

As Instituições que nos facultaram a participação e posterior recolha de dados dos seus utentes foram, sem qualquer dúvida, excelentes pela cooperação, pela dedicação, pela disponibilidade e agilidade no agendamento dos dias mais favoráveis, para todas as partes envolvidas. A sua ação esteve principalmente na cedência de instalações e facilitação dos utentes. Para além disso, estiveram sempre prontas a ir para o terreno, assim sentisse necessidade o investigador, apesar dos incómodos que podiam advir desta alteração na sua logística diária.

As recolhas na instituição ARRIMO foram efetuadas em unidades móveis. E deve-se dizer, em prol da verdade, que estas estavam sempre acompanhadas por agentes de apoio social, nomeadamente, Assistentes Sociais, Psicólogos e Enfermeiros. Todos

estiveram sempre dispostos a colaborar nas informações que se pretendiam mais esclarecedoras, nomeadamente através do agente responsável por este ou aquele inquirido; informações pertinentes muitas vezes omitidas ou dificilmente disponibilizadas pelos próprios utentes, e que muito ajudaram a contextualizar o trabalho de campo. Escusado será dizer que estas informações não faziam parte da reserva de sigilo destes profissionais, nem versavam temas do foro íntimo dos utentes. Tratava-se de informações sobre aspetos menos evidentes no acesso aos utentes e que nos ajudavam a conhecê-los melhor.

No Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã, local único, pelo clima humano indescritível aí vivido, houve sempre um apoio incondicional por parte da Vereadora da Saúde. Foi um enorme prazer ter o apoio e acompanhamento de uma profissional muito competente e incontornável nesta instituição!

Portanto, podemos concluir, que a participação das instituições acima apresentadas foi fundamental, pelo seu apoio logístico, quando solicitado, e pelo apoio humano, pois só isso foi e será sempre um motivo inegável para um bom trabalho.

Não houve qualquer apoio económico por parte de qualquer entidade, pública ou académica, em todo este trabalho. Tudo foi suportado pelo investigador. Mas apesar desta parte menos boa, pela dificuldade muitas vezes sentida em distribuir os gastos, de forma a não haver qualquer falha na recolha clínica, valeu a pena! Voltaríamos a realizar este trabalho nas circunstâncias apuradas, pois o que se conseguiu vivenciar foi deveras extraordinário, entre uma população única num contexto único.

#### **i. Contextos do terreno de investigação**

Quando realizamos uma pesquisa bem contextualizada num determinado terreno de trabalho, as referências geográficas, sociais e económicas desses contextos apresentam-se como incontornáveis. Assim, para que possamos ter uma perceção dos locais onde decorreu a pesquisa, entendemos ser útil referir as suas principais características e fazer o seu enquadramento na cidade a que pertencem, ou seja, o Porto.

A cidade do Porto pertence ao norte do país e alberga cerca de 1 290 590 habitantes. Dados referentes a 2011 (INE). Os elementos obtidos foram recolhidos nas freguesias de Campanhã, Paranhos e Sé.



(retirado da internet, Google, dia 15/04/2012, pelas 15h)

De grandes pergaminhos históricos, pois o seu espaço é habitado desde a antiguidade, dada a posição estratégica que ocupa junto do rio Douro e perto do mar, esta cidade teve um papel fundamental na defesa dos ideais do Liberalismo, durante a Guerra Civil de 1832-34, no século XIX. Com muita frequência esta cidade, segunda em Portugal no tamanho e na importância política e económica, é conotada como sendo uma cidade eminentemente burguesa, com uma economia de comércio de grande tradição, nomeadamente a ligada ao vinho do porto, e com fama de ter uma grande autonomia económica. Ou seja, nela confluem características de metrópole urbana, que a tornam aberta à modernidade e complexidade urbana, juntamente com características locais muito vincadas de regionalismos, o que lhe dá uma tipicidade e relação com o mundo rural pouco comum. Assim, atrai uma população relativamente heterogénea, mas onde essa complexidade de origens rurais deixa grande marca no seu modo de ver o mundo. Alguns dos seus habitantes, desde o século XIX com o início da sua industrialização e com o nascimento das famosas “ilhas”, que são uma típica organização urbana de residência, mostram essa ambiguidade de pertença, entre o rural e o urbano (Pacheco, 1986; 1993; 2005).

Fazem parte do Porto as freguesias de Aldoar, Bonfim, Campanhã, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Paranhos, Ramalde, S. Nicolau, Sé, Santo Ildefonso, Vitória. Como todas as cidades, os espaços e freguesias que a constituem são caracterizados por terem maior ou menor qualidade urbana, social e económica, definindo o lugar de residência grande parte da identidade dos habitantes, mesmo sabendo da fluidez e cruzamentos que estes espaços têm a nível de mobilidade social. Esse facto permitiu organizar o trabalho de terreno em espaços que a própria cidade entende como problemáticos e atreitos a frequências e modos de vida de alguma forma tipificados.

## **ii. Ambiente socioeconómico e cenário onde foram recolhidas as amostras**

Para que se entenda o contexto aqui apresentado, convém referir que todos os elementos foram recolhidos em locais de grande criminalidade, zonas de prostituição e tráfico de droga da cidade do Porto. O local mais seguro onde se conseguiram alguns dos resultados, maioritariamente os relacionados com os idosos, foi dentro de uma instituição social, ou seja, o Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã.

Nesta freguesia de Campanhã, situada na parte mais oriental da cidade do Porto, e que ocupa uma área total de 374 hectares, temos uma localização estratégica e bem conhecida pelo consumo e tráfico de drogas, sendo como tal denominada área “interdita” a todos quantos não se enquadraram nestes grupos referenciados e designados como marginais. Dentro desta freguesia temos, por exemplo, o Bairro do Cerco. Este bairro, onde foi possível, inicialmente, uma observação à distância, é fortemente “vigiado” pelos traficantes e consumidores, pois frequentemente é sujeito a rusgas policiais, em que são detidos alguns dos elementos que o frequentam. Foi possível constatar que, neste local, existiam vários tipos de pessoas: algumas com nível económico elevado, pois apresentavam sinais de riqueza evidentes, e outras que lutam pelo seu bem-estar, mas de forma mais difícil, pois a sua parte económica não lhes permite ter acesso ao que será fundamental e essencial. Existe uma grande maioria de moradores que subsiste de subsídios ou rendimentos atribuídos pelo estado, o que lhes permite viver com alguma dignidade.

No Bairro do Cerco facilmente se observam, pela manhã, elementos que percorrem toda a zona em busca de droga. A juntar a esta necessidade, verifica-se ainda que a maioria

destes elementos não dispensa, como complemento, o café e outros serviços de consumo proporcionados pelos estabelecimentos designados de “cafés”. Fazem estes consumos nos estabelecimentos da zona, indicando claramente a existência de recursos económicos para o poder fazer. Há portanto uma grande discrepância entre aquilo que parecem ser as necessidades e o que a população no geral faz. Toda esta informação foi possível obter, por observação e pelo contacto direto com alguns dos moradores antes de se iniciar trabalho de campo propriamente dito.

Avaliando-se as imagens que se seguem, depreende-se que as condições habitacionais não são de facto as melhores. No entanto, o que se consegue apurar é que a população entende que deverá ser a Câmara Municipal a realizar todas as manutenções necessárias, cuidar dos jardins, das pinturas, de tudo o que diretamente diga respeito ao seu lar. As reivindicações são muitas e a maioria das pessoas não preza o que gratuitamente lhes foi dado, pois as habitações são sociais e a maioria dos residentes não paga a renda estipulada por alegada falta de recursos económicos.



Figura nº 6 – Bairro do Cerco

(retirado da internet, Google, dia 18/04/2012, pelas 18h)



Figura nº 7 – Bairro de Cerco

(retirado da internet, Google, dia 18/04/2012, pelas 18h)

O ambiente “anormal” em que vivem as pessoas do Bairro do Cerco é constatável quase semanalmente. As rusgas são uma realidade e o medo de que algo aconteça de grave, é uma constante!



Figura nº 8 – Bairro do Cerco

(retirado da internet, Google, dia 12/05/2012, pelas 10h)

Parte da nossa amostra (a da faixa etária mais elevada) foi retirada de um Centro Social, que, apesar de se localizar na freguesia de Campanhã, está um pouco distante, geográfica e socialmente, de realidade anteriormente descrita. No entanto, alguns dos utentes são moradores do Bairro do Cerco, o que influencia muito particularmente o seu comportamento quando abordados por um desconhecido.



Figura nº 9 – Junta de Freguesia de Campanhã

O Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã é um local cuja área útil não ultrapassa os 200 m<sup>2</sup>. As condições físicas não são as melhores, atendendo ao estado da pintura, das humidades, alterações no piso, e wc completamente ultrapassados. Mas consegue-se perceber um ambiente acolhedor, em que o carinho e a disposição para ouvir são primordiais. Os idosos sentem-se como em sua casa, segundo dizem! É um

Centro de Dia que, acolhendo utentes idosos, lhes faculta o pequeno-almoço, almoço e lanche, a troco de um pequena ajuda, quando possível.

Esta instituição é dirigida pela vereadora de saúde da autarquia, que tem tido um acompanhamento e uma entrega que todos realçam, segundo o que nos foi possível verificar e o que nos foi referido pelos utentes. Vê-se que consegue estabelecer com todos os elementos uma aproximação e cumplicidade notórias. Aqui é visível a alegria e dedicação nas pessoas que compõem este lar de acolhimento. Não nos apercebemos em qualquer momento de atitudes de desrespeito entre os que integram esta instituição. Caio Fernando Abreu sobejamente conhecido pelas suas inúmeras intervenções dizia: *“Muita coisa que ontem parecia importante ou significativa amanhã virará pó no filtro da memória. Mas o sorriso (...) ah, esse resistirá a todas as ciladas do tempo.”* Uma afirmação que caracterizava, de alguma forma, o estado de espírito deste utente!

Uma outra freguesia onde foi possível recolher informação, foi a de Paranhos. Pertence também ao concelho do Porto, e tem aproximadamente 44 298 habitantes, dados referentes a 2011, distribuídos por 6,67 km<sup>2</sup> de área.



Figura nº 10 – Freguesia da Paranhos

(retirado da internet, <http://www.jfparanhos-porto.pt/>, dia 30/05/2012, pelas 16h)

A informação, recolhida com o apoio das unidades móveis da ARRIMO, colocadas na rua, mesmo nas traseiras da Universidade Lusíada, foi também de extrema utilidade. Conseguimos ter um ambiente tranquilo, pessoas ordeiras e um completo acompanhamento por parte das Enfermeiras e Assistentes Sociais, sempre presentes no local. A maioria da população avaliada pertencia a grupos ligados à prostituição, toxicod dependência, e pessoas sem-abrigo.



Alguns dos utentes estavam em tratamento. Como forma de substituição da cocaína e heroína, eram-lhes fornecida a metadona. Os sinais físicos por estes apresentados eram bem notórios e marcavam a sua identidade física. Apresentavam um peso inferior ao pretendido, feridas e escaras que não cicatrizavam, lesões irreversíveis do foro respiratório, marcas permanentes na face, braços, pés e mãos, que surgiram pelas constantes mutilações exercidas. Houve casos em que observámos marcas bastante profundas nos punhos, que eram indicativas de tentativas não consumadas de suicídio.

A última freguesia onde realizamos trabalho de terreno foi a da Sé. A Sé é a freguesia da cidade do Porto onde a identidade “tripeira” é mais sentida! Constitui-se no núcleo mais antigo do burgo citadino, com todas as consequências que isso tem a nível das características da sua urbanização marcada pela cidade medieval e pelos processos de desertificação dos serviços mais nobres dos centros mais velhos e degradados das cidades. A tipicidade dos seus habitantes é marcada por uma população marginalizada social e economicamente. Mesmo quando a “descoberta” do Porto e do seu centro histórico (classificado como Património da Humanidade pela UNESCO) é uma realidade que atrai novos fluxos turísticos e novos habitantes com estilos de vida mais modernos, a Sé mantém muita da sua tipicidade construída ao longo dos séculos, deixando transparecer essa discriminação e a opção de estratégias de sobrevivência muito específicas de populações excluídas, transformando a “anormalidade” da sociedade comum, numa “normalidade” quotidiana e desafiante à sociedade estabelecida. E isto faz-se umas vezes com sucesso e outras com clara perda de qualidade de vida e pela adoção de estilos de vida que facilmente podem ser apelidados de “problemáticos”. Apesar da dita desertificação, na Sé moram 3 460 pessoas, dados referentes a 2011. Tem uma densidade populacional na ordem dos 7 208,3 hab/km<sup>2</sup>.



Figura nº 11 – Freguesia da Sé

(retirado da internet, Google, dia 05/06/2012, pelas 11h)

Este foi o local, onde foi possível mais heterogeneidade populacional. Visualizaram-se e avaliaram-se vários elementos pertencentes a diferentes grupos socialmente excluídos. Novamente e dentro das unidades móveis da ARRIMO conseguimos obter as informações pretendidas por parte de homossexuais, prostitutas, toxicodependentes e outros. Com frequência o cenário que se nos deparou era o de encontrarmos pessoas completamente embriagadas, com patologias infetocontagiosas, com linguagem de calão muito frequente neste espaço.

Apesar do perigo referido por todos os que falam deste espaço e de uma certa estranheza experimentada por nós do espaço e da atitude das pessoas, não temos a referir qualquer anomalia ou ocorrência menos conforme junto da população avaliada. No entanto, importa ressaltar o facto de termos sempre connosco uma equipa técnica da ARRIMO, composta por uma Assistente Social e uma Enfermeira, que sempre nos deram o apoio necessário e mesmo informação complementar.

É uma zona, em que o odor sentido é muito marcante, típico de alteração de higiene nas habitações, nas pessoas e até mesmo nas próprias ruas. Mais uma vez se pode constatar que as pessoas que aqui residem entendem ser obrigação da Câmara Municipal limpar, tratar e fazer alguma coisa para melhorar a sua qualidade de vida, pois, dizem, não têm culpa de viverem lá. No entanto, foi interessante verificar que parte da população observada e avaliada habita as casas completamente degradadas que lá se encontram!

### **iii. Constatações de vida**

Pensamos ser importante este item para que se consiga entender o que foi o trabalho de campo, a população estudada e todo o enquadramento social, geográfico, cultural, económico, que está presente na amostra.

Assim, a nossa população referenciada como marginal, encontra-se maioritariamente em espaços físicos sem dignidade, áreas geográficas tendencialmente direccionadas para atividades ilícitas, socioculturalmente afastadas da população em geral, e, pelos sinais que apresentam e como são vistas pelo resto da cidade, são de facto excluídas.

A área geográfica, como já referido, acaba por ser um aspeto de extremo interesse, pois muitos destes elementos, caso não pudessem deslocalizar-se de forma fácil, não o

fariam, já que limitações físicas assim o impunham. Uma vez que vivem nestes locais, torna-se mais fácil adquirir as drogas, enquadrarem-se nos grupos desviantes e, assim, tornarem-se mais um elemento dos mesmos. Mesmo assim, foi verificado que, eventualmente para não serem reconhecidos na prática de certos comportamentos, alguns elementos deslocaram-se para outras zonas. Também se verifica o caso de outros saírem destes lugares durante um certo período de tempo na jornada, para fugirem ao estigma social associado ao lugar onde residem.

É de realçar a discrepância existente entre aqueles que conseguem resultados positivos, pela sua formação académica, pelo seu poder económico, pela sua capacidade empreendedora e os outros cuja vida, por várias razões, os levam para caminhos menos afortunados. Este é também um fator que contribui, sobremaneira, para a sua situação social e sanitária.

Foi notória a dificuldade sentida por nós, quando em trabalho de campo tínhamos que colocar o inquérito e realizar a observação, assim como registá-la. Em determinados locais o odor era quase insuportável.

As Instituições que nos deram a possibilidade de questionar os elementos e que a estes estão ligadas, atuaram sempre de forma exemplar e colaborante, disponibilizando-se sempre para auxiliar o investigador nas necessidades sentidas, quer físicas, quer mesmo de carácter informativo ao utente. Foram dinâmicas, apoiaram sempre nas solicitações efetuadas pelo investigador, mesmo atendendo às enormes limitações físicas e ambientais que possuíam.



## **CAPÍTULO II - SELEÇÃO, JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA APLICADA E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

### **Introdução**

Partimos de uma pesquisa bibliográfica anteriormente realizada e do próprio conhecimento clínico adquirido durante várias intervenções de campo, realizadas em cooperação com o IPO e a UFP, para, neste capítulo, colocarmos as hipóteses e as metodologias de trabalho que irão responder depois às questões levantadas. Não se pretende nem será possível obter resultados perfeitamente estanques, estabelecer hipóteses meramente ocasionais e casuísticas, ou propor alteração de fatores e vivências, que possam modificar as observações realizadas. O que se pretende com a metodologia adotada é obter um processo que se focalize numa perspectiva dinâmica, que se direcione em torno da realização de novas investigações complementares, mas que, cada vez mais, nos indique o verdadeiro caminho de descoberta de conhecimento, contributo essencial para propor um saber partilhável para o futuro (Cook *et al.*, 2000; Rothman *et al.*, 2008).

Obter soluções de intervenção e combate, capazes de diminuir a incidência da patologia mais marcante de cavidade oral – cárie dentária – através de um diagnóstico correto, profundo e sustentado, parece ser o caminho mais indicado e mais sensato para este processo. Claro está que tudo deverá ser devidamente enquadrado e analisado de forma crítica, quando se trata de indivíduos, nos quais os fatores intervenientes são múltiplos, nomeadamente os fatores de ordem geográfica, social, económica, sanitária e nutricional, entre outros.

A vivência no terreno, a profundidade da relação estabelecida, enquanto se podia exercer o “confronto” direto, quer pelas questões levantadas, quer pela anterior observação realizada, foram um marco essencial e fizeram-nos entender de que forma esta população poderá um dia ter acesso diferente e diferenciado ao sistema de saúde. Um acesso que possibilitará um melhoramento significativo na sua qualidade de vida e,

consequentemente, a inclusão social pretendida. É também inequívoca a vontade de promover a equidade, e a erradicação total de exclusão social.

Um dos pontos fundamentais para a aplicação da metodologia que escolhemos e apresentamos neste capítulo foi o acompanhamento por parte de todos quantos estiveram no trabalho de campo, designadamente assistentes sociais, psicólogos, alguns colegas médicos, entre outros! À primeira vista esta diversidade de participantes poderia levar a supor um constrangimento na implementação da investigação, mas tal não aconteceu! Todos quantos foram, a determinada altura, solicitados a cooperar, estiveram perfeitamente disponíveis para o fazer, facultando-nos informações adicionais, que muito contribuíram para o resultado final deste trabalho de campo. Destaco os elementos que contactavam diariamente com a população e, desta forma nos alertavam para certas características que não estavam a ser tidas em conta, nomeadamente as comportamentais (apesar de serem elementos que faziam parte do inquérito realizado).

A aplicabilidade da metodologia qualitativa é essencial para qualquer estudo concernente à saúde oral, mesmo que a análise clínica e laboratorial se imponha. Esta metodologia integra na pesquisa a dimensão dos comportamentos e vivências dos visados na investigação, procurando sentido na fenomenologia dos seus quotidianos (Merleu-Ponty, 1962). Assim temos acesso a elementos informativos para além dos dados físicos estabelecidos inicialmente, agora analisados e observados, possibilitando a integração de informação relacionada com os fatores sociais, culturais, económicos, familiares, sanitários, etc. Quando nos colocamos no terreno, junto da população-alvo desta investigação, não foi difícil verificar que a saúde é má, e que dessa situação há consciência por parte dos atores, para além de cada vez mais se questionarem quanto ao seu futuro e à qualidade da saúde. Foi notória a sensação de medo em relação ao futuro, à forma como se encontram e como terminarão os seus dias, atendendo à exclusão de que são vítimas.

Neste capítulo, enquadrado na investigação empírica, tentaremos abordar, num primeiro momento, o aparelho conceptual e metodológico que legitima esta abordagem empírica. À partida, o termos focado a nossa análise em contextos de marginalização e de minorias sociais, a metodologia a socorrer-nos exigia a possibilidade de evidenciar essa caracterização sociológica, no seguimento dos desenvolvimentos teóricos da Primeira Parte. Com os resultados da aplicação dessa metodologia pretendíamos analisar de

forma sustentada as questões e objetivos levantados inicialmente. Para a realização deste trabalho empírico estabeleceu-se um terreno de investigação que compreende a área geográfica da cidade do Porto, mais concretamente, áreas muito concretas da Zona Oriental e da Zona Histórica, onde se aplicaram um Inquérito e um Odontograma.

A primeira recolha de informação foi realizada nas traseiras da Universidade Lusíada e no Bairro do Cerco; a segunda foi nas traseiras do Teatro de S. João, na praça da Batalha; já a terceira aconteceu no Centro Social de Campanhã. Como se pode verificar, trata-se de locais bem distintos, com populações diferentes, quer pelas suas atitudes, pelas suas vivências, idades, quer pela forma como se apresentam. Devemos, assim, alertar para o facto da população, para além de ser diferente entre os espaços trabalhados, ser também muito heterogénea em cada um deles.

A forma como foi elaborada e planeada toda a metodologia científica atenta ao facto de se tratar de uma investigação que se fazia na relação entre diferentes ciências. Pretendia-se o compromisso de um trabalho de carácter amplo, aprofundado, que decorresse de um processo evolutivo, desde o apoio bibliográfico até ao uso de técnicas e métodos mais diversificados. Justifica-se a utilização das duas vertentes metodológicas, quantitativas e qualitativas, tendo em conta os objetivos, mesmo que essa escolha acarrete só por si uma maior quantidade de dados e, conseqüentemente, um maior esforço de tratamento dos mesmos (Kapla, 1965; Cook *et al.*, 2000).

Com este tipo de Metodologia ampla, diversificada e abrangente, podemos observar de que forma se relacionam as variáveis presentes no inquérito, pois serão essas variáveis fundamentais para o estudo proposto. Toda a recolha de dados se fundamentou nos critérios científicos, deontológicos e éticos para um estudo nesta área de investigação. Assim, desde o início se procedeu às seguintes ações: apresentar o Inquérito para aprovação, ao Conselho de Ética da Universidade; pedir autorização de pesquisa a todas as instituições onde se pretendeu realizar o trabalho de campo; fornecer toda a informação para obter um consentimento informado de todos os que foram contactados para integrar a amostra deste estudo; informar todos os que aceitaram participar de que poderiam, sempre que o desejassem e o manifestassem, deixar de fazer parte da investigação; manter durante a pesquisa uma postura profissional e ética que tivesse como absoluto desígnio respeitar a diversidade étnica, social e cultural de todos os participantes; garantir a todos o respeito pelo seu anonimato e defesa da informação

prestada, sabendo que a que iria ser tratada e presente no documento final do trabalho respeitaria e garantiria esse anonimato; e, por fim, trabalhar e comunicar com os participantes dentro de um posicionamento que lhes transmitisse a segurança, sentimento de respeito e promoção pela cidadania e direito equitativo no acesso à saúde. É importante reforçar a ideia de se tratar de uma amostra, cuja população apresenta características bastantes específicas e cuja avaliação, ao mesmo tempo individual e holística, poderia ter resultado num infeliz desencontro de informações (Killinger, 2004).

A possibilidade de poder observar a população-alvo, mesmo antes de a ter como amostra definida para este estudo, foi muito importante. A aproximação e o conhecimento impediram uma análise baseada no que havia já sido dito sobre aquele tipo de população e ambiente, pois tomámos conhecimento de uma forma muito direta, prolongada e participada da comunidade estudada (Butterfoss, 2006).

As entrevistas, direcionadas e abertas, que por nós foram orientadas; depois, as anotações relevantes efetuadas no inquérito aplicado; a abordagem sempre tida junto dos inquiridos, facultando-lhes a o acesso a toda a informação que lhes pudesse levantar dúvidas, com total transparência; e a forma de contacto individual e individualizada mantida entre a população-alvo, tiveram um contributo inegável! Estas metodologias foram para nós uma dádiva, a nível científico e humano, pois foi possível contactar com o estado de cada um dos entrevistados, com os seus costumes, o estado dos seus corpos, os receios existentes, o enquadramento familiar, social e cultural. Isto é o que nos possibilita uma investigação em antropologia da saúde (Bluebond-Langner & Korbin, 2006).

A combinação de métodos permitiu ainda a observação da cavidade oral, pois realizou-se o preenchimento de um Odontograma onde se recolheu informação relativa às alterações visíveis na mucosa oral, as quais poderiam levantar dúvidas quanto à sua malignidade e poder canceroso. Atendeu-se à forma, aspeto e tamanho, para que, se houvesse necessidade, o elemento observado fosse encaminhado para serviços especializados, devidamente acompanhado com uma carta/relato informativo, elaborado pelo clínico responsável. Entendemos esta questão também como uma mais-valia, pois nos vários estudos realizados não se haviam juntado tantos meios de diagnóstico e não havia a possibilidade de encaminhamento do utente! Toda a informação obtida junto

dos intervenientes foi importantíssima, pois permitiu-nos observar, caso houvessem, características marcantes de outros estados patológicos diferentes e complementares, que nada tinham a ver com o nosso estudo, mas que seriam condicionantes e determinantes no estado atual da sua cavidade oral (Mariño, 2006; Salcedo & Campelo, 2008; Castro, 2009; Castro *et al.*, 2010).

## **2.1. O universo de investigação**

Como vimos na introdução, o trabalho de terreno decorreu na cidade do Porto. Dentro desta, tivemos em atenção a Zona Oriental e o Centro Histórico. Os dados demográficos e socioeconómicos das freguesias que constituem estes espaços, nomeadamente a Freguesia de Campanha e as Freguesias da Sé e de Santo Ildefonso, que confluem para a Praça da batalha, dizem-nos que estes locais são distintos. Os locais e dados estatísticos do INE sobre a população residente são sintomáticos e não são de acesso fácil pois são de extrema variação. Cada vez mais a população tende a deslocar-se e consequentemente é difícil encontrar dados exatos sobre o número de pessoas que residem, o número de pessoas que dormem e as pessoas que apenas visitam esse mesmo local. Não nos dão conhecimento de uma população que se caracteriza pela informalidade e pela grande mobilidade, como é esta que trabalhamos, onde a maioria não define um local de residência próximo estável e, ao mesmo tempo, se apresenta sem uma integração socioeconómica. Através dos nossos Inquéritos podemos dizer que a amostra tem comportamentos similares, sendo que a sua mobilidade dificulta sobremaneira a nossa completa avaliação. Houve situações em que avaliámos o mesmo utente, duas ou três vezes, exatamente por não estar presente quando colocámos o odontograma tendo já respondido ao inquérito ou mesmo por naquele dia não estar disposto a ser avaliado/observado. Um dos grandes motivos que nos levou a optar por este universo de estudo, prende-se exatamente com a diferença de atividade sentida em torno desta população. Não sabemos exatamente como vão reagir, o que vão responder, como vão interagir e fundamentalmente de que forma nos vão possibilitar a recolha completa de informação. Sempre foi parte da nossa orientação profissional, apostar no conhecimento individual sobre estes que são estigmatizados e consequentemente marginalizados.

### **i. Caracterização da Amostra**

Entre o universo em estudo, foi selecionada, entre as duas instituições (ARRIMO e Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã), uma amostra que se pretendia representativa da população-alvo deste estudo. Assim, a nossa amostra foi composta por 120 utentes, escolhidos por conveniência e que respeitassem os critérios de inclusão que estabelecemos e de que daremos conhecimento mais à frente. O critério de conveniência definiu-se tendo em conta a dificuldade em contactar com o mínimo de estabilidade os utentes visados, pois foram inicialmente avaliados no total cerca de 340 elementos, mas, dada a sua mobilidade, estes elementos dificilmente estavam disponíveis e apresentavam-se raramente junto dos locais onde se realizavam os rastreios, pelo preenchimento do Odontograma, onde se assinavam os Consentimentos Informados ou onde decorria o preenchimento dos inquéritos. Foram efetuadas todas as formalidades estabelecidas, como já anteriormente mencionamos, para que os informantes pudessem participar na amostra. Os critérios de inclusão para os utentes das associações integrarem o estudo foram os seguintes:

1º - Serem utentes e utilizadores das associações acima referidas;

2º - Apresentarem características que a sociedade define como pertença a grupos excluídos / marginalizados, nomeadamente: consumidores de substâncias tóxicas legais/ilegais; pessoas sem-abrigo; pequenos delinquentes e ex-reclusos; portadores de doenças infetocontagiosas sem suporte social e económico; membros de minorias sociais marginalizadas; idosos sem rede familiar;

3º - Apresentarem condições mentais que lhes permitissem responder, assinar ou emitir vontades durante todo este estudo.

Foi assim possível recolher uma amostra bastante heterogénea composta por idosos, portadores de VIH, prostitutas e prostitutos, homossexuais, toxicodependentes, sem-abrigo, alcoólicos, portadores de doenças infetocontagiosas, elementos de várias correntes religiosas, dependentes do Rendimento Solidário, imigrantes, ex-presidiários e presidiários (portadores de pulseira eletrónica), dependentes de RSI (Rendimento de Reinserção Social), perfeitamente enquadrados dentro da população que procurávamos.

## **2.2. Tipo de Estudo**

Tendo em conta a novidade da abordagem da temática em apreço, na metodologia, a população-alvo e espaço de estudo, entendemos definir uma primeira análise como sendo do tipo de um estudo piloto. O estudo piloto é um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa. Enquanto estudo piloto, ele introduz metodologias e instrumentos de análise que se pretendem ver validados na obtenção de respostas aos objetivos levantados. Depois de termos levantado o campo de hipóteses que justificam a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde de pessoas classificadas como excluídas/marginalizadas pela sociedade, pretendíamos com estas metodologias e instrumentos de análise transdisciplinares averiguar da possibilidade de eles nos darem mais informação, e mais fidedigna, sobre estas dificuldades. A sua condição de estudo piloto obriga à reflexão sobre a própria implementação do estudo, sobre o vivenciar os momentos da recolha de informação, bem como na construção de conhecimento que possibilite melhor pesquisa no futuro, assim como recolher e fornecer elementos que permitam pensar e alterar a análise desta temática, tanto na pesquisa, como na implementação de novas abordagens práticas sobre a mesma. De acordo com Canhota (2008), a importância de conduzir um estudo piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa. Este tipo de abordagem fez-se no início da nossa pesquisa, no refinamento e seleção das metodologias, tendo em conta a proposta de estudo apresentada. Deixa de ser estudo piloto a partir do momento em que foi feita uma reflexão e análise da metodologia utilizada nas primeiras abordagens e passou para uma amostra mais larga e representativa da população-alvo escolhida. No entanto, sempre permaneceu essa característica de estudo piloto, na medida em que nos confrontamos com as metodologias empregues na população-alvo para obter as respostas às hipóteses levantadas. Importa, portanto, avaliar no final da pesquisa da justeza e mais-valias desta abordagem na obtenção dos objetivos propostos.

Grande parte desta investigação é um estudo descritivo, pois refere-se às possíveis causas e características da doença oral em populações excluídas/marginalizadas, onde conjugamos a investigação qualitativa, com seus modelos participativos e ativos, com a investigação quantitativa, onde ao estudo descritivo acrescentamos trabalho analítico,

que reflete as diferentes variáveis em estudo, numa relação de causa - efeito das mesmas.

Recorreu-se, assim, a uma variedade de metodologias e de instrumentos de análise. Quanto à metodologia, utilizou-se, como vimos, uma metodologia qualitativa e quantitativa, para que, dessa forma e tal como se pretendia, estudar profundamente, com intensidade e continuidade, os elementos integrados na amostra, analisando as dimensões sociais e culturais dos mesmos, tendo em conta uma das hipóteses de trabalho que referenciava a construção social da exclusão/marginalização como diferenciador do acesso à saúde; por outro lado, pretendia-se avaliar a cavidade oral a nível clínico e com dados quantitativos, mas dentro de um contexto de trabalho bem situado, onde a observação direta estava para além do consultório de médico dentista, pois integrava o carácter excecional dos processos relacionais estabelecidos entre esta população, as suas vivências e carências e os sistemas institucionais alternativos de apoio e de satisfação das suas várias necessidades, nomeadamente as sanitárias, e neste caso as referentes à saúde oral. Este processo relacional deve integrar os valores estimados como consensuais pela medicina e métodos de análise clínica estabelecidos, ao mesmo tempo que tem em conta a diversidade das situações, o processo comunicativo e participativo, a complexidade das situações sociais e os discursos de construção social que marcam e diferenciam as relações da população estudada com a sociedade, com os sistemas sanitários e, por fim, com as suas próprias percepções e entendimentos do papel que assumiam ou lhes era atribuído na relação com a sociedade e os sistemas sanitários.

Na sequência da aplicação deste tipo de metodologia quantitativa pretendia-se confirmar ou infirmar algumas das hipóteses lançadas e que se relacionam com as variáveis de carácter nominal ou numérico em estudo, direta ou indiretamente (Nordeless, 2006), e afinar a aplicabilidade do índice CPOD, a aplicação do inquérito com odontograma e todas as informações externas, independentemente dos instrumentos usados. Com os resultados obtidos, devidamente trabalhados, pretendia-se encontrar algumas relações causa-efeito expectáveis, e outras possíveis de se virem a verificar. Não se deixou de estabelecer as relações e inter-relações mais apropriadas, atendendo ao estudo que se pretendia.



À metodologia quantitativa deverá estar concomitante a metodologia qualitativa (Cook *et al.*, 2000), uma vez que a metodologia qualitativa deverá ser aplicada e direcionada tendo por base a problemática do trabalho de campo (Martinez, 1981; Denzin & Lincoln, 2006). No nosso trabalho, diretamente relacionado com a saúde oral em contextos de marginalização, esta pareceu-nos ser a melhor forma de fundamentar e juntar as informações obtidas. Todo este processo responderá correta e afirmativamente aos princípios e modelos pró-ativos, consistentes, e sempre acompanhado, tanto no método como na ordem de análise teórica, pela perspectiva antropológica dentro do tema em debate.

Este tipo de processo, participativo e ativo, pressupõe e antevê o elemento educativo como fundamental na população a ser estudada, sendo que esta terá de ser sempre enquadrada, a nível social, cultural e geográfico. Enquanto observadores, tentamos ver o grupo no seu meio envolvente, os locais de higiene pessoal, os locais de alimentação, os locais de prostituição, os locais que serviam de “dormitórios”, os locais de venda de drogas, entre outros, o que se mostrou extremamente rico em informação, pela variedade e complexidade, que por si só merecia outro estudo.

Foi muito importante para a validação na metodologia usada a aproximação frequente e sistemática aos locais onde se desenvolveu a investigação. Essa aproximação permitiu uma melhor aplicação do inquérito e o conhecimento aprofundado dos comportamentos e da relação que a amostra mantinha com a sua corporalidade física e com o grupo social com quem interagia. Isso permitiu ainda a construção de uma análise informativa vastíssima e coerente que sustentou o conhecimento já anteriormente referenciado de aproximação a estes grupos sociais (More *et al.*, 2005; Scrimshaw & Gleason, 1992). Verificou-se, assim, a grande necessidade do trabalho de terreno nos locais de marginalização para se entender as verdadeiras razões dos seus comportamentos.

A aplicação dos inquéritos (de forma direta e explícita, usando para tal a forma oral e escrita), a possibilidade de uma delicada e por vezes “tensa” observação junto dos utentes pelo investigador (muitas vezes acompanhado pelos demais elementos da equipa técnica da ARRIMO), a forma como estes abordavam algumas das suas longas, perigosas e punitivas histórias de vida, a contextualização social, geográfica, económica, foram algumas das estratégias que utilizamos (Moscovici & Doise, 1991; Berger & Luckmann, 1966). Refira-se, por último, que a identificação dos locais de

intervenção antes de se iniciar o estudo/trabalho de campo propriamente dito, foi uma mais-valia, pois esta população deslocaliza-se muito facilmente, fazendo com que essa grande mobilidade a leve a lugares muito variados, a não ser quando necessita de algo que sabe onde encontrar garantidamente.

### **2.3. Métodos e técnicas de recolha e tratamento de informação das metodologias usadas**

#### **Introdução**

As técnicas de recolha e tratamento de informação foram variadas, tendo em conta as metodologias utilizadas ao longo da investigação. A informação qualitativa recolhida foi tratada ora por uma análise de conteúdo das informações surgidas da observação e dos diálogos ocorridos em trabalho de terreno, registadas em Diário de Campo, ora das entrevistas, histórias de vida e dos inquéritos aplicados. Para este caso o tratamento da informação foi realizado informaticamente, através da utilização do Sistema SPSS, versão 19.

Para a análise clínica e para demais elementos qualitativos / quantitativos, foram utilizadas outras técnicas, instrumentos e tratamentos. Assim, utilizou-se o Odontograma, muitas vezes referenciado como ficha odontológica. Este é um instrumento recomendado pela OMD. No entanto, saliente-se que houve especial interesse e cuidado, por parte do investigador, em recolher junto de colegas investigadores outras opiniões avalizadas, para assim se conseguir maior concordância quanto ao uso deste instrumento. O mesmo instrumento já havia sido usado durante a dissertação de licenciatura do investigador (Castro, 2009), e mereceu aprovação por parte do júri especializado que a avaliou.

Saliente-se o facto de termos tido após a utilização do primeiro Odontograma a oportunidade de desenvolver estudos e trabalhos de especialização, nomeadamente no IPO, sobre “Cancro Oral e suas principais características”, e na Cruz Vermelha, sobre “Lesões da cavidade oral”, onde desenvolvemos maiores capacidades para observação da cavidade oral, principalmente sobre a sua interpretação como um todo e não somente a avaliação das peças dentárias! A metodologia estava de acordo com a pretendida para este estudo, o que permitiu o desenvolvimento de anotações e critérios de avaliação a serem acrescentados para a interpretação do odontograma. O nosso trabalho de campo

permitiu, inclusive, fornecer aos colegas médicos de outras instituições e a outros participantes, com a colaboração das Assistentes Sociais, estas anotações e elementos de avaliação que fazem toda a diferença na observação da cavidade oral!

A Comissão de Ética de Investigação Científica da Universidade Fernando Pessoa foi solicitada a intervir para que nos facultasse um parecer favorável quanto aos protocolos estabelecidos com as instituições onde iriam decorrer os rastreios, ao Inquérito, ao Consentimento Informado e odontograma aplicado (apesar deste instrumento ser aceite mundialmente, o que poderia, por si só, dispensar a validação da Comissão de Ética). Algumas das sugestões apresentadas por esta Comissão foram de imediato tidas em consideração, procedendo-se às alterações solicitadas. Após a aprovação favorável de todos os elementos que direta ou indiretamente podiam interferir com a realização deste trabalho, foram colocados em prática todos os instrumentos anteriormente apontados, julgando serem eles os mais eficazes para os objetivos propostos.

Dada a complexidade da investigação de terreno, o objeto de estudo, metodologias empregues e características da população-alvo, julgamos pertinente tratarmos aqui de forma mais desenvolvida a questão do Consentimento Informado. Este foi devida e claramente explicado, de forma oral, a todos os utentes e, depois, apresentado sob a forma escrita, para se obter a assinatura que nos autorizasse a observação, o uso de utensílios para a inspeção oral e, não menos importante, para salvaguardar a nossa legitimidade, enquanto investigadores, para a utilização da informação que desta resultassem, desde que fossem de potencial interesse para o estudo. Houve a preocupação em garantir o direito da autonomia e da plena concordância na participação do estudo, respeitando-se a liberdade de expressão, a liberdade de aceitação e salvaguardando a possibilidade de desistência, no caso de surgirem quaisquer fatores entre as partes, que pudessem pôr em causa o bom decurso do inquérito (tal como referido anteriormente), ou respeito pela mudança de posição do qualquer utente. Tivemos em conta algumas questões e características relacionadas com a idade dos informantes, principalmente no caso dos jovens e idosos. Entendemos, no entanto, ter sido importante a recolha desta informação pois não só uma parte significativa da nossa população era constituída por elementos de idades verdadeiramente jovens, como era significativo atender aos estilos de vida por estes seguidos.

O Inquérito foi sem qualquer dúvida, uma das mais-valias deste estudo! Tratou-se de um instrumento que, ao colocar as questões diretamente relacionadas com o estudo, conseguiu dar também conhecimento de fatores extrínsecos e intrínsecos que estavam diretamente relacionados com os seus temas em estudo, na vertente das vivências contextualizadas dos utentes, nomeadamente no campo socioeconómico, cultural, nutricional e ambiental (Jovovic *et al.*, 2004), assim como obter informações que diretamente se relacionavam com a aplicabilidade e sucesso dos programas estabelecidos pelo poder político, na utilização do PNPSO. Ele possibilitou perceber a relação que os utentes tinham com os Centros de Saúde, ou seja, que expectativas tinham os utentes na procura dos seus serviços e como interpretavam os resultados dos serviços prestados. E isto num contexto onde as valências de estomatologia são as que menor serviços prestam nestas instituições!

Sempre houve plena consciência que este seria um trabalho de pesquisa que levantaria várias questões incómodas e difíceis de ultrapassar, no que respeita à aplicação do PNPSO. Durante todo o trabalho, várias foram as questões levantadas dentro do próprio grupo de investigação, investigadores e responsáveis pelas instituições onde se realizou o trabalho de terreno. Salientamos algumas das questões que foram colocadas pelo diretor da ARRIMO, pelos psicólogos que nos acompanharam, pelos utentes da Junta de Freguesia de Campanhã, questões que levantam dificuldade acrescida a todo este trabalho, pois, na sua maioria, não têm resposta fácil e muitas delas não nos levam mesmo a uma resposta concreta. Assim:

- Quem será ou serão as pessoas responsáveis pela aplicação e cumprimento de todas as mais variadas estratégias propostas pelo Ministério da Saúde e Ação Social, nomeadamente nestas populações?
- Quem verifica a sua aplicabilidade, os resultados obtidos e o seu interesse?
- Quem, e tendo em conta a vivência deste tipo de populações, está no terreno no sentido de, após a recuperação económica, familiar, e de saúde, entre outras, as integrar na sociedade?
- Qual o entendimento dos responsáveis políticos, no campo da ação social e de saúde, sobre saúde oral, para poderem agir diretamente nos seus problemas?

- Os indicadores usados pelos responsáveis ministeriais, serão os mais indicados para estas populações? Afere-se a validade destes marcadores/indicadores? Quem os aplica? Conseguem estabelecer-se as relações entre os mesmos indicadores e a partir dessas relações decidir quanto às necessidades existentes?
- Será o cada vez maior consumo de alimentos altamente cariogénicos consequência da falta de interesse pela saúde em geral e, particularmente, pela saúde oral, ou apenas um desconhecimento ou prática cultural?
- Os fatores culturais ocupam um papel preponderante no acompanhamento e tratamento dentários. Mas a promoção de uma mudança social e cultural, através de políticas sanitárias apropriadas, não conseguirá contrariar e reduzir estas práticas e culturas enraizadas? Haverá interesse por parte dos decisores das políticas sanitárias nisso?
- Como são tratados todos os resultados obtidos nas várias campanhas de promoção de saúde e qualidade de vida, nas campanhas de prevenção e instruções de higiene oral realizadas em Escolas e Lar de Idosos? As campanhas de rastreio de Cancro Oral, promovidos na maioria das vezes por ONG e IPSS, e mesmo por clínicas particulares, sem qualquer apoio do estado, criam resultados passíveis de tratamento, ou seja, são reconhecidos e validados? Que meios se usam para os aproveitar e trabalhar?

Não é alheio à comunidade que trabalha nestas áreas a quantidade de ações e de campanhas de saúde oral. Parece é não haver uma preocupação de coordenação e de sistematização tanto dos resultados dessas ações como do tratamento e reflexão sobre as mesmas. Continuam-se a programar e a colocar em campo atividades avulsas, com algum interesse e consequências é certo, mas sobre as quais falta a devida reflexão e tratamento para averiguar a melhoria das mesmas ou a implementação de outras estratégias.

Para que se conseguisse uma análise qualitativa coerente, pensamos nós como a mais indicada neste contexto, tendo em conta o estudo pretendido e a informação obtida, foram descritas as variáveis de acordo com as suas características nominais, ordinais e quantitativas. Tentou-se, assim, estabelecer a relação entre as diferentes variáveis, durante a etapa descritiva, quantitativa e qualitativa. Desta forma, era proposto observar

algumas das condições existentes que diretamente estavam relacionadas com a Saúde Oral, atendendo a que esta estaria ligada a fatores de ordem interna e externa do indivíduo. Sabemos que este é um tema altamente controverso, pois depende inteiramente do ator social, neste caso normalmente excluído, a todo um inexistente acesso aos tratamentos e, tal como referido, devido a fatores sociais, económicos e familiares, entre outros.

Assim, e a título de exemplo, para que se entenda a dificuldade quanto às opções a usar nas variáveis, tem-se plena consciência de que todas as práticas, ainda vigentes e de referência, relacionadas com higiene oral e com a alimentação praticada, devem ser tidas em conta pelas ações movidas pelo sistema governamental de promoção de saúde oral. Para tentar diminuir os problemas de patologias da cavidade oral, pretendeu-se também constatar as mais variadas perceções por parte dos responsáveis de saúde e dos próprios utentes.

De salientar que alguns dados recolhidos da investigação científica não chegam ao conhecimento público quando apresentam valores que colocam em questão a saúde oral e o acesso à mesma. Cook *et al.*, (2000) apresentam algumas estratégias a serem colocadas em prática, durante estudo de investigação, que poderiam servir para diminuir a disparidade entre a informação recolhida e o que de facto é do conhecimento público. Estas estratégias apresentaram-se como fundamentais, não só porque poderiam adequar-se às populações diferentes em estudo, como também serviriam para “constituir” uma nova visão, um novo “paradigma sociocultural” que pudessem fazer a diferença em relação às anteriores estratégias apresentadas. Atendendo a tudo isto, entendemos optar pelas variáveis que mais se adequassem à população e que de facto nos fornecessem respostas para os objetivos propostos.

Apresentamos de seguida alguns dos instrumentos que podiam ser aplicados, mas que teríamos de atentar quanto à população que iríamos estudar e a todos os fatores extrínsecos e intrínsecos a esta, associados. De facto, tais índices não eram de aplicação fácil na nossa população.

Assim, ponderaram-se os seguintes instrumentos como o ICDAS (*International Caries Disease Detection and Assessment System*), que nos permitiria, através da visualização, verificar, as lesões no esmalte (Bonner *et al.*, 2011); o Índice de placa bacteriana de

O’Leary para observar a placa bacteriana existente nas peças dentárias com utilização de corante (OMS, 1987; 1997a; 1997b), um índice a ser utilizado no início da inspeção/avaliação da cavidade oral (Bordoni, 1992; 1999); o Índice de Dean para a verificação da fluorose dentária (Rozier & Dudley, 1981; Warren *et al.*, 1999), dada a sua importância na investigação da saúde oral (Arnold *et al.*, 1956; Solis *et al.*, 2008); ou, ainda, o Índice Periodontal Comunitário – IPC, para a avaliação do periodonto (OMS, 1997b; Rosa-Garcia *et al.*, 2007; Castro, 2009, 2010; Salcedo & Campelo, 2008; Salcedo *et al.*, 2009b, 2010).

O mesmo aconteceu, quando se ponderou aplicar algumas das várias estratégias de terreno propostas pela DGS e pelo PNPSO, que certamente resultariam num contributo importante para o novo paradigma social e cultural (Cook *et al.*, 2000), mas também estas se tornaram impraticáveis atendendo ao já referido anteriormente e ao enquadramento geográfico em que nos encontrávamos.

Apresentamos de seguida, os instrumentos metodológicos utilizados no nosso trabalho. Pensamos serem estes aqueles que melhor se enquadravam na nossa população e que nos podiam fornecer mais informação sobre o estado dentário e sobre o acesso que a população-alvo tem relativamente a esta área de Medicina Oral! Entendemos ainda que, nesta população, que normalmente “transporta” algumas alterações comportamentais, por vezes de difícil compreensão, os instrumentos de análise que iríamos aplicar, seriam os mais indicados, pois teriam uma resposta rápida e o tempo de observação dispensado pela amostra não seria tão significativo, o que no final se traduzia numa vantagem, pois os elementos a observar, não demonstravam grande disponibilidade de tempo.

#### **i. Índice CPOD**

Para que se consiga estabelecer a evolução clínica da condição da Saúde Oral, para estudos epidemiológicos e para obtenção relativamente rápida da existência de dentes cariados, perdidos e obturados, usa-se frequentemente este índice que, desde há muito tempo, é uma “ferramenta” fundamental, nomeadamente para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1987; 1997a; 1997b).

Este índice torna-se bastante eficaz pois, tal como já referido é de fácil aplicabilidade e os resultados obtidos são trabalhados e enquadrados, com alguma facilidade, atendendo aos contextos que se abordem. Tais são as suas vantagens, que desde 1937 (Klein e

Palmer) este tem vindo a ser melhorado, não deixando de ser tido em conta em estudos referentes à cavidade oral.

Existem duas nomenclaturas que devem ser entendidas para este índice e que diferem atendendo ao tipo de dentição que se observa. Assim:

- CPOD – dentição permanente.
- CEO – dentição decídua ou de leite. (Adende-se que se anota como “e” os dentes decíduos cuja a extração foi indicada, uma vez, que se torna difícil perceber qual o motivo da perda da peça dentária).

Temos portanto como definições para a boa aplicação do índice:

“Dente cariado: com cavidade, opacidade ao longo das faces, ou mancha indicando a presença de cárie subjacente;

Dente perdido: dente extraído;

Dente obturado: dente com restauração de amálgama, resina composta ou similar, ou ainda com restauração metálica fundida;

Dente ausente: dente não erupcionado ou anodontia;

Dente com cárie crônica de fissura: dente com sulco pigmentado, de marrom claro a negro. Nesse caso consideramos que o processo carioso deva estar paralisado ou em lenta progressão, devido aos efeitos preventivos da fluoterapia mensal;

Dente com cárie crônica aberta: dente com cavidade pigmentada de marrom claro a negro. Consideramos que o processo de evolução de cárie deva estar paralisado ou em lenta progressão”.

Consideramos, desde que não se observe esmalte “socavado” em que se torne impossível a remoção de elementos acumulados, inativação de lesões de cárie na superfície oclusal da dentina.

Considera-se ainda que, as manchas brancas dentárias existentes, sejam estas ativas ou inativas, não são tidas em conta durante a aplicação deste índice, pois, o facto de haver saliva presente poderá não permitir assegurar com a fidedignidade necessária a própria avaliação.



No nosso trabalho, houve apenas observação por parte de um único Médico Dentista, pelo que não houve necessidade de calibração, salvaguardando a integridade e as eventuais discrepâncias no processo de avaliação.

Sendo o índice CPOD uma média alerta-se para o facto dos altos valores de cárie, normais em indivíduos com muitas lesões cariogénicas, serem dissolvidos, na população que apresenta uma cavidade livre de cárie, ou seja, com índice CPO=0. O resultado é obtido após a realização do somatório de todos os dentes que apresentam cárie, tenham sido perdidos ou obturados, dividido pelo número de indivíduos observados/avaliados. (WHO, 1987; 1997a; 1997b).

Segundo a OMS, para que se possa ter um bom enquadramento do estado dentário do indivíduo e, conseqüentemente, o grau de risco que este possui, deverão ser tidos em conta os seguintes intervalos de enquadramento:

0,0 a 1,1 – grau de risco muito baixo

1,2 a 2,6 – grau de risco baixo

2,7 a 4,4 – grau de risco moderado

4,5 a 6,5 - grau de risco alto

Entende-se que usando apenas este índice como instrumento de recolha de dados, o trabalho não ficará completo, sendo necessário a junção de outros instrumentos elucidadores. (WHO, 1997a; 1997b; Vallejos-Sanches *et al.*, 2007).

## **ii. Odontograma**

Para a realização de uma boa avaliação da Cavidade Oral, nomeadamente das peças existentes em boca, é necessário ter presente a obrigatoriedade de uma boa visualização que deverá ser realizada de forma ampla e focalizada recorrendo a instrumentos que possam ajudar nessa referida avaliação. Atendendo a que se trata de um trabalho de campo que usa o odontograma como instrumento de trabalho, essa avaliação deverá ser ainda mais precisa, pois, enquanto médicos dentistas, devemos ser capazes de identificar as peças dentárias existentes, a sua alteração, o possível tratamento, e tentar identificar o

mais possível todas as alterações da mucosa que possam indiciar patologias do foro degenerativo.

Uma sonda com ponta esférica/romba, um espelho, as gizes, os rolos de algodão, uma excelente fonte luminosa e eventualmente e quando a situação o permite e exige, um jato de ar, são alguns instrumentos que podem ser usados durante a recolha de dados para um trabalho científico que contemple o odontograma como instrumento.

Na população-alvo avaliada, não foram usados todos os instrumentos anteriormente referidos, pelo simples facto de estarmos em trabalho de campo, e em condições nem facilitadoras. O jato de ar não foi usado pois não tínhamos condições físicas que o permitissem. Pensamos em deslocalizar os elementos da amostra para uma clinica onde fosse possível o uso de todos os instrumentos indicados, mas tornar-se-ia completamente inviável, não só porque a própria amostra não “estaria disponível”, mas e também porque implicaria um custo acrescido a todo este projeto, o que o tornaria perfeitamente insustentável.

Independentemente destas adversidades que vão surgindo, necessário é ter sempre em conta o facto do Médico Dentista estar preparado para reconhecer as características de normalidade para cada uma das etapas de desenvolvimento dentário, pelas condições anómalas que podem ser passageiras, ou não e tentar enquadrar o que resulta da sua observação na população em avaliação.

Como complemento do referido anteriormente, dever-se-á ter especial atenção à condição da cavidade oral, no seu todo, para assim se poder preencher de forma satisfatória o odontograma, permitindo assim estabelecer o estado individual de cada dente. Para que houvesse uma melhor comunicação entre a comunidade científica, que normalmente utiliza este instrumento como elemento representativo dos trabalhos elaborados, a OMS indicou uma tabela (que se encontra em anexo nesta tese), para preenchimento correto e mundialmente aceite, do odontograma (Barbería Leache *et al.*, 2002).

O odontograma é um elemento de muita utilidade para que se obtenha uma boa anamnese. Assim como se refere na descrição inicial, este deverá ser usado com a condição de reunir informações complementares, tendo sempre em mente a máxima de que “Quanto maior for a informação recolhida, melhor será o resultado final”.

### **iii. Inquérito**

O objetivo principal deste Inquérito foi estabelecer a situação clínica e as situações socioculturais, os comportamentos e fatores de risco que levam à marginalização e autoexclusão que implicam direta ou indiretamente outros fatores, como o acesso aos serviços de saúde, nomeadamente de Medicina Dentária. Este Inquérito foi aplicado aos utentes da ARRIMO e utentes do Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã.

As variáveis colocadas no Inquérito, sociais, culturais, comportamentais, foram criadas para responder, quando cruzadas e analisadas, às várias questões levantadas quando foram definidos os objetivos e as hipóteses de estudo. A caracterização sociodemográfica, socioeconómica, as condições de habitabilidade, os hábitos de higiene, a ingestão de alimentos, o acesso à saúde no geral, a perceção do estado de saúde oral e a discriminação alguma vez sentida nos locais de atendimento público, foram algumas das questões levantadas. As respostas às questões permitiriam confirmar ou informar ideias pré-existentes sobre a saúde oral nesta população, bem como apoiar ou não as questões levantadas pela investigação.

### **iv. Formas de obter a informação das diferentes variáveis**

As estratégias utilizadas para se conseguir obter os dados que se pretendiam estudar, visaram a técnica de ação participativa, avaliativa e ativa. Desta forma, a obtenção de resultados tornar-se-ia mais fiável, não só quanto ao estudo da cavidade oral, mas, e também, quanto à existência ou não de uma boa higiene oral, e quanto à avaliação de formas de aplicação dos projetos de saúde oral, e intervenção sociopolítica para a resolução das condições de acesso à saúde oral (Lincon, 1985; Polit & Hungler, 2000).

O investigador esteve presente por diversas vezes nos espaços geográficos anteriormente referidos, para, junto da população em estudo, poder esclarecer todos quantos quisessem participar na investigação e, ao mesmo tempo, adquirir mais conhecimento sobre os cuidados de higiene oral e perigos inerentes à sua situação social e sanitária. Conforme os primeiros dados recolhidos, e constatado pelos resultados finais que iremos apresentar, a grande maioria das pessoas com quem trabalhamos reivindicava direitos sem terem qualquer informação ou conhecimento do significado e possibilidade daquilo que solicitavam.

O tipo de contexto relacional estabelecido, nos utentes do Centro Social foi um pouco diferente do que se estabeleceu com os demais utentes, designadamente pelo facto de se tratar de uma população idosa, com dificuldades auditivas, visuais, de entendimento, entre outras, não comparáveis portanto com os utentes de associação ARRIMO, onde era possível observar uma população toxicodependente, alcoólica, ligada à prostituição e sem-abrigo. Usou-se uma estratégia marcada por um diálogo de aproximação, pelo historial de suas vidas e pela explicação cuidadosa. A discrepância de conhecimentos e capacidades de comunicação existentes nesta faixa etária é elevada e portanto esta técnica ajudou de alguma forma a diminuir essa mesma limitação, facultando uma cooperação quase completa, o que facilitou bastante até durante a aceitação do consentimento informado. Este tipo de técnica fundamenta-se na teoria apresentada por Scrimshaw & Gleason (1992), que nos pareceu ser a mais indicada.

É importante referir que o interesse demonstrado pelos observados foi discrepante, mas expectável. Por exemplo, a população dos toxicodependentes, prostitutas, homossexuais, normalmente, ainda em fase de “ressaca”, não estava atenta ao que lhes era comunicado, nem demonstrava interesse em “perder” tempo com isso (acrescentando frases do tipo: “*é sempre o mesmo, não vale nada*”; “*a mim nunca me dão nada*”). Por outro lado, tínhamos a população mais idosa, que se apresentava sempre muito atenta, no sentido de poder melhorar os aspetos relacionados com a sua saúde oral, independentemente de uma grande maioria se apresentar como desdentados totais. Eram os primeiros a questionar sobre o uso de prótese, a sua manutenção, o custo, a adaptação, entre muitas outras questões.

Os elementos portadores de doenças imunodeficientes apresentavam-se muito atentos. No entanto, ao mesmo tempo um pouco desinteressados, pois “*não temos muito mais tempo para tal preocupação*”. Foi positivo consultar estes utentes, pois eram os quem em situação mais periclitante tentavam “repor” a normalidade, pedindo até mais cooperação dos restantes utentes.

A população, no seu geral, demonstrou vontade em participar no estudo, mas, e atendendo ao anteriormente referido, situações houve onde alguma dificuldade em se conseguir obter mais alguma informação era notória. Nestas situações, o tempo disponibilizado e a vontade em obter os objetivos traçados, foram os verdadeiros motivadores para o sucesso dos instrumentos utilizados.

Foi bastante interessante constatar, como já antes referimos, que a maioria dos utentes apenas apresentava informações quanto aos direitos. Reclamavam o direito a poderem tratar-se no Hospital, denunciando a falta de consultas ou o facto de profissionais de saúde só “passarem medicamentos”, mostrando desconhecer tudo o que envolvia essa prescrição de medicamentos ou a razão dos mesmos a nível terapêutico. O que lhes parecia claro era o direito gratuito à saúde, fosse lá o que isso fosse!

#### **v. Instrumentos da análise estatística dos dados obtidos / tratamento de dados**

Os diferentes métodos de avaliação quantitativa e qualitativa, colocados em prática neste trabalho, recaíram sobre a informação obtida, após a recolha de terreno. A análise foi processada e analisada quantitativamente através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19.

Para a estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores e, para as variáveis quantitativas, apresentam-se alguns dados relevantes, nomeadamente:

- Valores médios.
- Valores do desvio padrão associados, que representam a dispersão absoluta de respostas.
- Coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas.
- Valores mínimos e máximos observados.
- Gráficos ilustrativos dos valores médios encontrados.

Entendemos que desta forma conseguimos abranger na totalidade os resultados obtidos e dar assim resposta às questões levantadas, atendendo ao facto de serem usados testes estatísticos, com alguma dificuldade na interpretação. Entendemos também ser importante apresentar uma descrição sobre os mesmos, facilitando a avaliação dos resultados a seguir apresentados.

Todos os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se

podem inferir para a população. O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotômica utilizamos:

Teste t de Student:

Para realizar o cruzamento entre as variáveis quantitativas e a variável qualitativa nominal dicotômica pode utilizar-se o teste paramétrico t de Student, por forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotômica.

Teste de Levene:

O teste t é antecedido de um teste de hipóteses à igualdade das variâncias em cada um dos grupos, que é o teste de Levene:

H0: A variância (desvio padrão) é igual para ambos os grupos da variável dicotômica.

H1: A variância (desvio padrão) é diferente para os dois grupos da variável dicotômica.

Quando o valor de prova deste teste é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa. Quando o valor de prova é superior a 5%, não se rejeita H0 e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5% rejeita-se H0 e aceita-se H1: consideram-se as variâncias diferentes para os dois grupos.

Estes resultados são considerados para a análise do teste t: assim, considera-se a linha superior ou a linha inferior, consoante as variâncias se consideram iguais ou diferentes, respetivamente. Considera-se a linha superior para variâncias iguais e a linha inferior para variâncias diferentes.

O teste t coloca as seguintes hipóteses:

H0: Não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotômica.

H1: Existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos.

Teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors:

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors), que coloca a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar alguns dos testes estatísticos, nomeadamente os paramétricos, é necessário verificar este pressuposto.

O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

H0: A variável quantitativa segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.

H1: A variável quantitativa não segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H0 para todas as classes da variável qualitativa, o que não se verifica quando pelo menos um valor de prova for inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. Nesses casos, o teste paramétrico precisa de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Teste de Mann-Whitney:

O teste t, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade, o que não sucede. Por esse motivo, deve ser aplicado o teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico equivalente, que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos.

Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, recorre-se então ao teste de Mann-Whitney, que permite comparar os valores medianos da escala em cada um dos grupos.

O teste de Mann-Whitney coloca as seguintes hipóteses:

H0: Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotômica.

H1: Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotômica.

O valor que importa analisar é a significância do teste, também designada por valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

Teste ANOVA:

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas classes de uma variável qualitativa nominal ou ordinal:

Para realizar o cruzamento entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado o ANOVA, que não é mais do que uma extensão do teste t de Student, para variáveis com mais do que duas classes, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão.

A questão central reside em saber se a população tem, ou não, médias iguais, ou seja, se a variável quantitativa apresenta os mesmos valores médios para as várias categorias da variável qualitativa. O teste ANOVA, sendo um teste paramétrico, exige que as variáveis em estudo provenham de amostras grandes ou, caso contrário, que apresentem uma distribuição normal, o que será verificado posteriormente, pois a amostra apresenta grupos com pequena dimensão.

O teste ANOVA reside em:

H0: As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais.

H1: As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são diferentes.



O resultado do teste à homogeneidade de variâncias é extremamente importante no procedimento do ANOVA, uma vez que permite verificar um pressuposto (igualdade de variâncias nas categorias da variável qualitativa) que tem de ser cumprido para validar a análise subsequente. Este teste consiste em verificar se as variâncias podem ser consideradas iguais nas várias categorias do fator, colocando as seguintes hipóteses:

H0: As variâncias da variável quantitativa são iguais nas categorias da variável qualitativa.

H1: As variâncias da variável quantitativa são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Quando o valor de prova é superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula, verifica-se o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Quando o valor de prova do ANOVA é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas. Quando é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula.

Teste Kruskal-Wallis:

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias ou o pressuposto da normalidade, em vez do ANOVA, deve ser aplicado o teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos.

O teste de Kruskal-Wallis coloca as seguintes hipóteses:

H0: A variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas.

H1: A variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para todas as categorias das variáveis qualitativas.

Quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se esta e aceita-se a hipótese alternativa.

Estes foram os testes usados no cruzamento de informação obtida, que nos fornecem os gráficos, tabelas e resultados, a serem comparados com outros estudos já realizados. Entendemos que, depois de verificar com bastante atenção os elementos obtidos, foram testes indiscutivelmente indicados para este trabalho científico. Relembrar apenas que a opção em usar estes testes esteve condicionada, atendendo à população-alvo e fundamentalmente atendendo aos objetivos definidos.

#### **vi. Metodologia qualitativa**

Um dos modelos por que optamos para o nosso estudo, por nos parecer ser muito indicado para tentar estabelecer e entender, após avaliação numa inclusão social interventiva, a complexidade dos elementos estudados, implicando evidentemente um enquadramento sociocomunitário, foi o modelo etnográfico, descrito de forma clara e esclarecedora por Martinez (1991;1993). O modelo de investigação etnográfico revelou-se particularmente útil ao investigador, pois ele complementou a informação recolhida através dos inquéritos e de estudo clínico. A complexidade que informa as vivências da população que faz parte do nosso universo de estudo, muito condicionada pelas construções sociais, pelas referências culturais e pelas relações de poder e de comunicação das instituições sanitárias e políticas, fazem com que a aproximação etnográfica nos possibilite o acesso de um conjunto de informação extremamente pertinente para a compreender. Sem essa informação, o investigador fica sem um conhecimento alargado e pertinente para as reflexões que terá de desenvolver, tanto para compreender o que se passa, como para fornecer meios de intervenção eficazes para futuras ações de promoção de saúde oral nestas populações. O método etnográfico permite esse contacto direto com as comunidades e a possibilidade de cruzar diferentes informações, contextualizando-as. Por outro lado ele implica o investigador com a comunidade investigada e, pelo tempo de certa forma longo em que estabelece a relação, dá-lhe um outro conhecimento dos problemas sentidos, vividos e comunicados pela comunidade.

O processo de observação no terreno abarcou tanto uma visão de conjunto, como uma relação mais individualizada, seja na entrevista e aplicação de inquérito, seja na observação clínica. Chamamos aqui a observação clínica, pois também ela, apesar de estar sujeita a outros paradigmas de avaliação, com dados quantitativos, foi momento de relação e de diálogo, numa salutar e sempre reclamada relação médico/utente. Nesta

relação com os utentes, tanto nas entrevistas como questionários, houve especial atenção em ouvir mais do que uma vez a resposta dada, houve inclusive, algumas vezes, necessidade de reformular a questão. As respostas fornecidas foram transcritas para papel imediatamente, sem recurso a gravação. Cruzavam-se as questões de forma a apurar a fiabilidade das respostas fornecidas, superando confusões ou estratégias de respostas evasivas ou menos claras, tendo em conta a temática sensível das questões, sempre respeitando a liberdade dos inquiridos e a sua aceitação no continuar da participação. Quando se questionava novamente para aprofundar a questão, fornecia-se ao inquirido a razão dessa repetição e a possibilidade de não responder, como era de seu direito e segundo acordo previamente estabelecido. Foi referido, inclusive, que não teriam obrigatoriamente de responder a todas as questões levantadas, pois algumas poderiam ser interpretadas como muito pessoais e consequentemente serem entendidas como uma devassa da sua vida particular.

O objetivo foi sempre o de se colocar claramente e objetivamente as questões, para que posteriormente fosse permitido uma boa análise qualitativa (Miles & Huberman, 1984). A necessidade em observar, avaliar e tentar obter o maior e mais diferenciado tipo de resposta, foi colocado em primeira mão, apoiando mais o carácter reflexivo e informativo que se pretendia. Era importante a aplicação pura e dura de um inquérito, para detetar ou não o afastamento humano, possível e espectável, pelas próprias características da população em estudo (Bardin, 1977; Bertaux, 1983; Lulle & Lucero, 1998). Gostámos de perceber que o afastamento não se verificou e que a maioria dos intervenientes estudados entendia o que se pretendia e mostrava interesse em participar, de forma a contribuir com informação para a investigação.

A relação continuada com alguns dos membros da nossa amostra permitiu um aprofundar do conhecimento e uma maior aproximação às suas vivências. Sendo assim, para além do inquérito aplicado, desenvolvemos com alguns dos inquiridos um conjunto de entrevistas aprofundadas, que repetimos ao longo do trabalho de terreno. Se, como dissemos, a grande mobilidade destes inquiridos e a sua particular situação social, económica e sanitária não facilita o encontro repetido, foi possível com um grupo muito pequeno de pessoas estabelecer e controlar esse contacto. É nestas entrevistas que é possível dar registo às manifestações físicas e emocionais observadas pelo investigador em todos os investigados neste estudo. O controlo deste número restrito de pessoas

permitiu o registo de Histórias de Vida, onde os sentimentos e vivências são mais manifestos, tanto pela atenção do investigador, como pela comunicação do próprio entrevistado. Sentimentos, emoções e vivências comunicadas pelos utentes/doentes/entrevistados de forma direta ou indireta, e que assumem um papel de muita importância na elaboração das suas biografias (James & Prout, 1997; Prout, 2005).

Destas biografias se retirou a informação mais pertinente para a investigação encetada, a sua dimensão reflexiva, ou seja, como o próprio ator social se pensa dentro desta dinâmica relacional, o que permitiu alguns dos elementos fundamentais da amostra, capazes de justificar e apoiar a opção na escolha das variáveis usadas (Lulle & Lucero, 1998; Martinez, 1981). Esta informação foi devidamente registada atendendo sempre ao tipo de estudo e metodologia referida, usando o material recolhido com a utilização do instrumento de análise de conteúdo, o que nos permitiu estabelecer comparações entre este e outros estudos já realizados, em contexto semelhante. Pretendeu-se uma análise fundamentada na metodologia qualitativa de Bardin (1977) e de Lucero (1998), uma vez que a consideramos merecedora de destaque pelo tipo de narrativa proposta, que se propõe descritiva e seguramente apelativa, deixando em aberto uma interpretação das mais variadas experiências socioculturais, asseguradas pelos relatos específicos conseguidos. Neste tipo de metodologia é-nos permitido vivenciar todos os momentos de contacto estabelecido entre o investigador e os inquiridos; é previsível a descrição de algumas passagens entendidas como fundamentais a serem explanadas e transportadas para o público em geral; é notória a riqueza e variedade das histórias vividas pelos utentes. Há necessidade de uma avaliação coerente, favorecendo a análise também crítica do próprio investigador, assim como a sua interpretação, a partir do texto elaborado com as entrevistas.

#### **vii. Recolha e localização geográfica, locais de avaliação e relação da informação obtida**

Pretende-se aqui fazer uma breve descrição dos locais onde foram recolhidas e realizadas as observações assim como os inquéritos, para que melhor que se consiga entender o contexto social onde se trabalhou. Destaque-se o facto de haver alguns locais com melhores condições comparativamente a outros. Saliente-se o facto de ao mesmo tempo, o investigador se ter sentido ele próprio um perfeito “excluído”, marginalizado,

em determinados ambientes, e também ter tido a oportunidade de vivenciar, de forma única, uma experiência inolvidável para a sua vida! Enquanto investigador e clínico, o trabalho de terreno neste contexto marcou profundamente a relação que estabeleceu com os investigados!

Estivemos em rastreio com as Unidades Moveis da Associação ARRIMO, que, infelizmente, não possuem as condições que melhor se adequavam a uma observação da cavidade oral completamente isenta de erro, pela questão da luminosidade (o investigador usou uma lanterna frontal, para mais facilmente visualizar a cavidade oral), pela ausência de conforto, de higiene, pois se misturava a equipa de observação e o fornecimento de metadona! As condições exigiam uma difícil adaptação! O investigador, em muitas situações estava distanciado do inquirido apenas trinta centímetros, o que é altamente constrangedor para ambos, tratando-se de uma população com características muito próprias, nomeadamente no que concerne a hábitos de higiene, de saúde oral e corporal, de forma geral. Poderia ter havido inclusive riscos acrescidos decorrentes desta tal aproximação.

No Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã, encontramos, uma população sénior, normalmente designada de idosos, que se mostravam divertidos e sem grande dificuldade locomotora. Dois dos elementos apresentavam-se depressivos, por problemas familiares. Estes estavam no local por imposição! Este local apresentava-se asseado, com condições substancialmente mais favoráveis para observação e colocação dos instrumentos de pesquisa, comparativamente ao anteriormente descrito.

#### **2.4. Cenário da investigação**

O espaço geográfico que selecionamos para o trabalho de terreno foi o compreendido entre a Praça da Batalha, Bairro do Cerco e parte traseira da Universidade Lusíada, situada na Rua Doutor Lopo de Carvalho, Porto. A seleção deste espaço fez-se tanto para se conseguir uma amostra significativa para atingir os objetivos propostos na investigação, como pela disponibilidade e raio de ação da ONG que colaborou connosco. A opção verificou-se acertada, pois, apesar de se tratar de população altamente móvel, com grande dificuldade de se prever o seu comportamento e disponibilidade pessoal, e pelas disfunções nas relações institucionais, foi possível ter essa amostra pretendida.

A Praça da Batalha, o Bairro do Cerco, e a parte traseira da Universidade Lusíada, pontos que delimitavam o nosso campo de ação, foram também os locais principais de contacto. A partir deles se conseguiu recolher um número elevado de participantes/utentes, que nos forneceram dados para os inquéritos e informação bastante pertinente para o estudo ora realizado. Nestes locais conseguiram obter-se resultados que decorreram de uma controlada observação da condição de cavidade oral, da higiene usada, do apoio familiar, do ambiente social e económico, tal como se pretendia. Estes foram excelentes locais de recolha, pela heterogeneidade de faixa etária e de conduta social dos intervenientes. As atividades de carácter educativo, indicadas durante a observação pelo investigador, foram sempre tidas em linha de conta junto desta população, até porque muita da população estudada não tinha utensílios de higiene oral, que lhe foram fornecidos, de forma gratuita, após realizada a avaliação.

O Centro Social da Junta de Freguesia de Campanha, instituição, localizada na Freguesia de Campanhã, Porto, apesar de não apresentar as melhores condições físicas, apresentava-se com um ambiente marcado pelo afeto, pela dinâmica e estreita ligação entre os responsáveis e os utentes que desta se serviam (trata-se de uma população designada por idosa). Apesar de termos aqui melhores condições do que nas Unidades Móveis, o local disponível, mesmo assim, não era o mais apropriado para a observação da cavidade oral com boas condições. Assim, a Junta de Freguesia, pela vereadora da saúde, facultou-nos um outro local, o anfiteatro da própria Junta, que foi sem dúvida melhor.

Neste local de observação tivemos a presença do Presidente da Junta de Freguesia, assim como do Vereador da Cultura, que fizeram questão de marcar a sua presença pelo facto do projeto contemplar observação. Esta presença mostrava a disponibilidade para tudo o que fosse necessário para a observação, ao mesmo tempo que era um sinal, por parte dos responsáveis, de se comprometerem com a melhoria da saúde oral dos utentes por meios e custos sustentáveis. Tal como já referido, junto desta população houve um empenho reforçado, pelas dificuldades auditivas sentidas pelos utentes, pela dificuldade em descodificar algumas das terminologias usadas e em elucidar os objetivos da pesquisa. Este foi um desafio estimulante, pois exigia um esforço complementar no início da pesquisa, bem como em encontrar estratégias e meios de comunicação para implementar ações de intervenção e prevenção.

Acresce-se o facto de toda a informação transmitida sensorialmente e observável, o estado de saúde oral, as manifestações comportamentais, nomeadamente as alterações faciais, muitas vezes constatáveis, a consciencialização do estado de saúde, a variação nos aspetos físicos e psíquicos, as incapacidades motoras decorrentes dos estilos de vida, as dúvidas de índole mais privada, foram registadas, pois houve especial atenção em observar profundamente tudo o que diretamente se relacionava com a situação de cada indivíduo. O enquadramento sociocultural destes utentes facilitou-nos o acesso aos enraizamentos familiares, às crenças e mitos sobre saúde, e serviu para sustentar a importância da participação dos utentes nestes processos de consciencialização sanitária, numa sociedade altamente discriminatória, com grande diversidade de valores e meios de afirmar o seu poder (Campelo, 2007).

Nestes espaços anteriormente referidos, caracterizados pela diversidade e alguma disparidade física, a nossa amostra participou de forma livre e espontânea. Mostraram grande interesse naquilo que lhes era comunicado, tanto nos objetivos da pesquisa, como, e principalmente, na informação clínica que respeitava a cada um. Esta comunicação era feita informando do estado patológico, a nível oral, do utente, ao mesmo tempo que se forneciam dados para promoção e prevenção nesta mesma saúde oral. Foi interessante verificar-se e confirmar-se que, relativamente aos temas reabilitação oral, uso correto de próteses, e sua eficiente colocação e manutenção, não havia qualquer conhecimento, o que só por si justificava os seus comportamentos e o aparecimento de lesões de cavidade oral.

Não se pode deixar de salientar que foi notória a sensação transmitida da estranheza em partilhar as suas vivências e o seu estado sanitário com “alguém” que estava ali para falar, partilhar. Esta população não tinha a experiência de partilhar os seus hábitos de higiene orais e de ver observada a sua cavidade oral! Não estavam habituados a ter à sua disposição meios humanos e instrumentos médicos que permitissem uma avaliação direcionada e profícua, que apenas se dirigia a eles. Atendendo a este facto, houve necessidade de estabelecermos uma maior entrega de tempo e meios, dado o nervosismo apresentado por parte dos utentes, de modo a ultrapassar algumas limitações que nos impediam chegar a dados mais relevantes.

## **2.5. Aplicação e resultados do inquérito**

Antes de passarmos à apresentação dos resultados estatísticos, propriamente dito, entendemos necessário reforçar a ideia da importância do Sistema Estomatognático, uma vez que é neste que centramos a nossa observação direta, enquanto elemento constataável e observável. Este não se refere apenas a aspetos biológicos e genéticos. Contempla também e com grande importância, todas as alterações salivares, do pH e dos constituintes microbiológicos que diretamente se relacionam com a flora.

Diz-se portanto que este “elemento” corporal compõe uma estrutura fundamental para o bom funcionamento de todos os restantes aparelhos orgânicos, nomeadamente digestivo, respiratório, cardíaco entre outros. A nossa pretendida avaliação holística permitiu-nos juntar a informação observacional direta com fatores que interferem diretamente em todo o estado físico e emocional do indivíduo, nomeadamente. Falamos de fatores ambientais, políticos, sanitários, de higiene corporal, económicos, sociais, religiosos e culturais.

Sabe-se que a ausência de uma boa higiene oral constitui o fator mais relevante no aparecimento de alterações na cavidade oral, nomeadamente no aparecimento da cárie dentária. No caso da nossa amostra e no que concerne à necessidade da realização desta higienização, podemos referir de que este “não constitui” qualquer interesse para os indivíduos. Não é uma preocupação relevante!

Esta é uma das razões pelas quais tentamos aferir dos condicionantes culturais e socioeconómicas da população, pois poderiam fornecer-nos informação sobre o posicionamento dos indivíduos perante a saúde oral e alguns dos principais riscos acrescidos nesta população. As características sociais e sanitárias que a definem têm um papel fundamental neste contexto e ajudam-nos a perceber algumas das realidades encontradas na cavidade oral. É imperioso ter-se conhecimento das várias realidades e contextos para assim poder compreender a população em estudo e as suas principais patologias orais e gerais. Desta forma, poder-se-á promover medidas de prevenção capazes de atuar de forma mais eficaz e dirigida para populações bastante complexas e de difícil interceção.



**i. Caracterização sociodemográfica da amostra**

Devemos informar que na primeira apresentação dos dados faremos uma análise conjunta de toda a amostra, mesmo sabendo que ela é muito distinta atendendo aos dois espaços/terrenos de pesquisa - os que entrevistamos na rua (ARRIMO) e os idosos (Centro da Junta da Freguesia de Campanhã). Tal facto pode ter contribuído para que houvesse alguma distorção na média de idades da amostra. O ponto de encontro entre todos é o de se tratar de uma população desfavorecida, marginalizada ou excluída e com uma dificuldade notória no acesso à saúde em geral, mas especialmente, em relação à saúde oral.

O Consentimento Informado foi dado a assinar a 215 pessoas, mas, durante o trabalho de campo, dada a especificidade da população que constituía a amostra, como já referido, foram muitas as desistências e o não comparecimento para as várias intervenções de pesquisa, impediu completar todo o processo para validar o indivíduo. Assim, foram validados 120 elementos. Destes, o número de idosos foi 31, tendo o mais novo 67 anos e o mais velho 86, podendo ainda dizer-se que dois terços destes estavam no Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã. Isto significa que a amostra é significativamente representada pela população apoiada pela ARRIMO.

Passamos então a apresentar algumas tabelas e gráficos que dão uma visão dos dados recolhidos, depois de terem sido tratados estatisticamente.

O primeiro ponto da nossa análise passa por saber a naturalidade dos elementos da amostra. Esse dado permite-nos a informação da variabilidade na origem da mesma e o seu enquadramento dentro de um grupo sócio/espacial, bem como a possibilidade de se estabelecer uma relação com o que designamos “grupo minoritário”.

Naturalidade:

Salientamos que a cada inquirido foi solicitada uma resposta válida para a questão colada. Apresentamos a tabela que demonstra claramente a variabilidade existente quanto à Naturalidade da amostra.

O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização

	Frequência	%		Frequência	%
Alemanha	1	0,8	Lisboa	1	0,8
Angola	1	0,8	Luanda	1	0,8
Aveiro	2	1,7	Madeira	1	0,8
Avintes	2	1,7	Madrid	1	0,8
Baião	1	0,8	Mafamude	1	0,8
Bonfim	1	0,8	Massarelos	6	5,0
Braga	1	0,8	Miragaia	2	1,7
Cabo Verde	1	0,8	Mirandela	1	0,8
<b>Campanhã</b>	<b>6</b>	<b>5,0</b>	<b>Paranhos</b>	<b>5</b>	<b>4,2</b>
Castelo de Paiva	1	0,8	Penafiel	3	2,5
Celorico de Basto	1	0,8	<b>Porto</b>	<b>49</b>	<b>40,8</b>
Cinfães	1	0,8	Póvoa de Varzim	4	3,3
Coimbra	1	0,8	Rio Tinto	1	0,8
Covilhã	1	0,8	Roméia	2	1,7
Custóias	1	0,8	Santo Tirso	1	0,8
Esposende	1	0,8	Setúbal	1	0,8
Fânzeres	1	0,8	Sever do Vouga	1	0,8
Gondomar	2	1,7	Sta. Marinha - V.N. Gaia	1	0,8
Guimarães	3	2,5	Valongo	1	0,8
Inglaterra	1	0,8	Vila do Conde	1	0,8
Irlanda	1	0,8	VN Gaia	5	4,2
			<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 1 – Naturalidade da amostra

Na amostra, aproximadamente 41 % dos inquiridos declaram-se ser naturais do Porto, não referindo uma freguesia em particular. Entendemos importante adendar os

elementos que referem ser naturais de freguesias do Porto, sendo que se teve em consideração os 5 % que se declaram naturais de Campanhã, os 5 % de Massarelos, os 4,2 % de Paranhos, os 1,7% de Miragaia, e os 0,8 do Bonfim, o que perfaz a totalidade dos naturais do Porto em 56,7 %. São, assim, a maioria da nossa amostra.

O segundo grupo é o que tem a sua naturalidade em Vila Nova de Gaia, cuja totalidade é 5,8 % (de 4,2% de Vila Nova de Gaia + 0,8 de V. N. De Gaia – Santa Marinha + 0,8 de Mafamude). No entanto interessa referir que se nota alguma heterogeneidade quanto à naturalidade da população observada, pois apesar da grande maioria ser da Área Metropolitana do Porto, existem elementos oriundos de outros lugares de Portugal e até de outros países.

#### Nacionalidade:

	Frequência	Percentagem
Alemã	1	0,8
Angolana	1	0,8
Angolana/Portuguesa	1	0,8
Cabo Verdiana	1	0,8
Espanhola	1	0,8
Inglesa	1	0,8
Irlandesa	1	0,8
<b>Portuguesa</b>	<b>111</b>	<b>92,5</b>
Romena	2	1,7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 2 – Nacionalidade da amostra

Não surpreendeu o facto de 92,5% dos elementos apresentarem a nacionalidade portuguesa. A recolha dos elementos realizou-se na Cidade do Porto, que é a segunda maior cidade do país. No entanto, existiam elementos ligados a países relacionados com o processo de colonização portuguesa (Angola e Cabo Verde), e outros de países europeus - Roménia, Alemanha, Irlanda e Espanha.

Idade (anos):

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade (anos):	<b>120</b>	<b>49,7</b>	18,6	37%	19	86

Tabela nº 3 – Idade média da amostra

Na amostra, a idade de 49,7 anos é o valor médio, com uma dispersão de valores na ordem dos 37%. Os valores, mínimo e máximo são, respetivamente, 19 e 86 anos.

Para melhor visualização e análise do anteriormente referido, apresentamos o seguinte histograma.

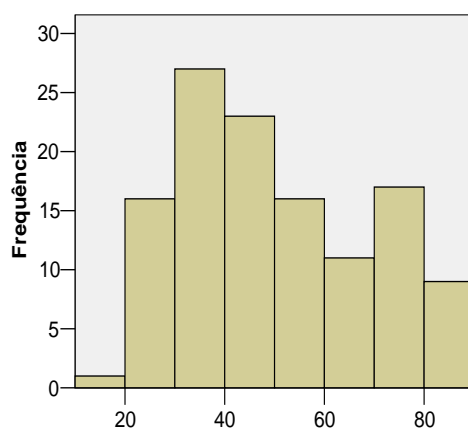


Gráfico nº 4 – Idade média da amostra

Pode observar-se que a distribuição das idades se verifica principalmente, entre os 40 e os 70 anos, embora apresente frequências com alguma uniformidade entre os 20 e os 80 anos. Para complementar a informação, apresentamos a seguinte tabela.

	Frequência	Percentagem
Até 30 anos	18	15,0
<b>30 a 39 anos</b>	<b>26</b>	<b>21,7</b>
40 a 49 anos	23	19,2
50 a 65 anos	22	18,3
<b>Mais de 65 anos</b>	<b>31</b>	<b>25,8</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 4 – Percentagem de idades da amostra

Consegue-se constatar que a população estudada apresenta percentagens muito próximas quando comparamos os intervalos de idades compreendidas entre as 30 e os 39 anos – cerca de 22 % - e, com elementos com mais de 65 anos - cerca de 26 %. Estas duas percentagens compõem quase metade da amostra estudada.

Sexo:

	Frequência	Percentagem
Feminino	40	33,3
<b>Masculino</b>	<b>80</b>	<b>66,7</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 5 – Percentagem de género da amostra

Aproximadamente 67% da amostra é do sexo masculino, o que faz deste grupo, o de maior expressão.

Como complemento informativo atendendo à tabela supra apresentada, entendemos ser importante referir que esta marcada percentagem do sexo masculino, não está desenquadrada do que entendíamos ser a realidade, uma vez que este elemento de caracterização, está diretamente relacionada com a tipicidade do género, que opta grandemente por estilos de vida, classificados socialmente como marginalizantes. (Pais, 2004; 2006). (José Machado Pais: 2004, *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo. Inquérito aos Jovens Portugueses*, (Coord.), Celta: Oeiras. 2006. *Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas*, Âmbar: Porto)

Como classificaria o seu comportamento sexual?

Esta foi uma questão que se adivinhava pouco fácil de colocação junto da amostra, uma vez que socialmente “entende-se” que é um assunto *tabu* e que apenas diz respeito ao individuo e não sabíamos como iriam reagir os elementos questionados.

Tendo em conta a população em estudo e as consequências que os seus estilos de vida acarretam junto de todos os setores sociais, entendemos ser importante a colocação de tal questão, pois, algumas das consequências podem traduzir-se em patologias sistémicas irreversíveis e consequentemente uma exclusão social marcada e um acesso minorado à saúde geral e consequentemente oral.

Durante a colocação da questão e da resposta fornecida por toda a amostra, notou-se algum constrangimento, sinal de que este ainda é um tema de estigmatização social. No entanto, houve uma completa cooperação na resposta.

	Frequência	Percentagem
<b>Heterossexual</b>	<b>111</b>	<b>92,5</b>
Bissexual	4	3,3
Homossexual	5	4,2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 6 – Orientação sexual da amostra

Na amostra, aproximadamente 93% assume ter um comportamento heterossexual, sendo que 4% afirma ter uma opção homossexual; 3% apresentam comportamento bissexual. Percebe-se que estas percentagens, que decorrem da informação fornecida, poderá não ser a “verdadeira”, atendendo a toda a informação complementar fornecida pelos assistentes sociais, que normalmente acompanham esta população. Validamos as respostas fornecidas pelos elementos da amostra.

#### Tem religião:

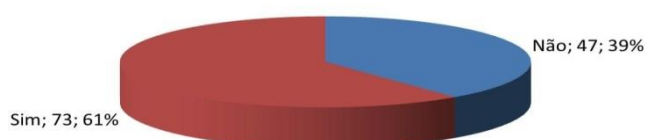


Gráfico nº 5 – Percentagem de religiosos da amostra

Na amostra, 61% tem religião.

#### Se Sim, qual?

Os 73 elementos da amostra que respondem ter religião dizem-se católicos.

Língua materna:

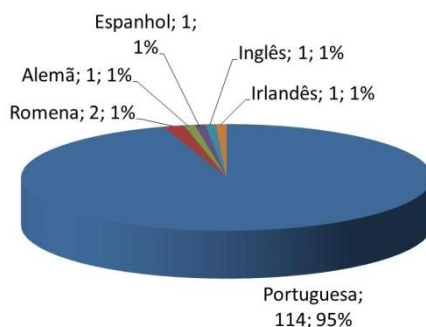


Gráfico nº 6 - Língua materna da amostra

Na amostra, 95% responde ter a língua portuguesa como materna. Foi possível detetar a existência de outras línguas maternas, designadamente, romena (com dois casos), alemã, espanhola, inglesa e irlandesa, tal como se havia já previsto aquando da questão de natalidade e naturalidade.

Língua comunicante:

	Frequência	Percentagem
Espanhol e Português	1	0,8
Inglês	2	1,7
<b>Português</b>	<b>117</b>	<b>97,5</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 7 – Língua comunicante da amostra

Na amostra, 97% responde ter como língua comunicante a língua portuguesa, o que demonstra que alguns dos elementos se adaptaram a “todas” as condições que encontraram, até mesmo a língua comunicante. Alguns dos elementos estão em Portugal há menos de um ano o que denota a necessidade de integração social e cultural.

**ii. Caracterização sociocultural da amostra**

Com a caracterização socioeconómica pretendia-se encontrar dados que nos permitissem fornecer informação para tratar um dos objetivos de investigação, que era o de se poder averiguar da amostra estudada, enquanto representativa, de características associadas a grupos minoritários, discriminados e marginalizados.

Escolaridade:

	Frequência	Percentagem
Nenhum nível de Ensino	1	0,8
Escolaridade Básica	4	3,3
<b>1º Ciclo do Ensino Básico (1ª à 4ª ano)</b>	<b>53</b>	<b>44,2</b>
<b>2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano)</b>	<b>32</b>	<b>26,7</b>
3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano)	15	12,5
Ensino Secundário (10º ao 12º ano)	14	11,7
Outra (s)	1	0,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 8 – Escolaridade da amostra

Aproximadamente 71 % da amostra tinha completado o 1º ciclo ou 2º ciclo do ensino básico. A percentagem dos elementos com grau de literacia, no contexto em análise mais elevado (ensino secundário), não era tão baixa quanto entendíamos. 12% estavam enquadrados neste grupo.

Tem uma atividade laboral:

	Frequência	Percentagem
<b>Não</b>	<b>116</b>	<b>96,7</b>
Sim	4	3,3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 9 – Tem uma atividade laboral?

Na amostra, aproximadamente 97% não tem atividade laboral, o que veio complementar e confirmar outros resultados já obtidos e a própria bibliografia consultada.

Se Sim, qual?

Dos quatro elementos que referem ter atividade laboral, dois disseram serem funcionários públicos, um empregado hoteleiro e o outro, vendedor de peixe.



### Se Não, porquê?

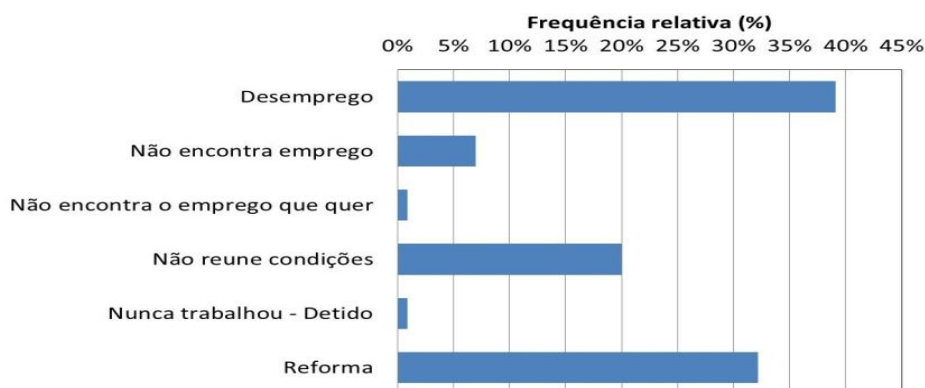


Gráfico n° 7 – Situação profissional

Dos elementos que referem não ter atividade laboral, 39 % encontram-se numa situação de desemprego e 32 % está reformado. Consegue-se depreender que os 20% dos indivíduos que dizem “não ter condições”, apontam como fator principal limitante o desequilíbrio físico (alterações da cavidade oral, alterações fisionómicas). Aqui bem marcada a perceção da importância “do corpo” e quão marcante pode ser esta, durante as alterações que este vai sofrendo ao longo da vida.

### Fontes de rendimento:

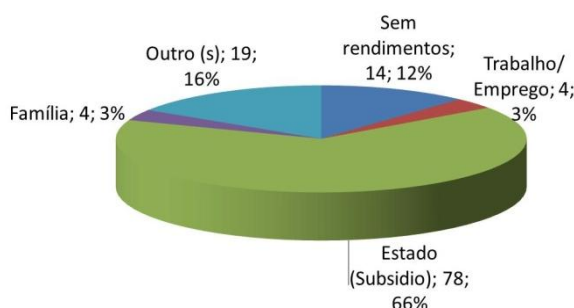


Gráfico n° 8 – Fonte de rendimento

Aproximadamente 78 elementos observados (66 %) são dependentes de subsídios do estado. Apenas 4 % tem apoio de família, o que mostra o desenquadramento familiar da amostra. Os restantes não têm rendimentos e não explicam a origem da sua sobrevivência.

Para entender um pouco do enquadramento familiar, questionou-se sobre ter ou não núcleo familiar e qual o seu papel dentro deste. Obtiveram-se os seguintes resultados:

	Frequência	Percentagem
Cabeça de Família	21	17,5
Membro do Agregado Familiar	26	21,7
<b>Não tem núcleo Familiar</b>	<b>73</b>	<b>60,8</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 10 – Enquadramento familiar

Na amostra, 60,8 % não tem núcleo familiar.

Se é Cabeça de Família, quantas pessoas dependem de si?

	Frequência	Percentagem
<b>Uma</b>	<b>17</b>	<b>89,5</b>
Três	2	10,5
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 11 – Número de dependentes a cargo dos inquiridos que são “Cabeça de Família”

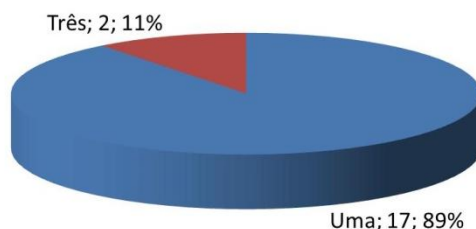


Gráfico nº 9 – Número de dependentes a cargo dos inquiridos que são “Cabeça de Família”

No sentido de perceber qual a sua “função” dentro do agregado familiar e perceber o que estes entendiam por “cabeça de família”, questiona-se sobre o posto que ocupava, obtendo-se as seguintes respostas.

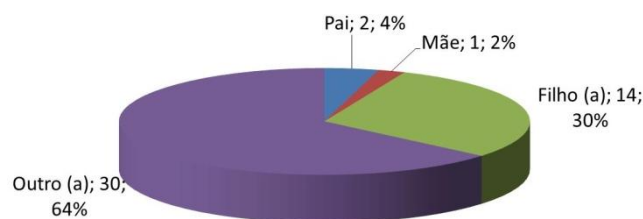


Gráfico n° 10 – Posto que ocupa enquanto membro de agregado familiar

Na amostra, dos 47 elementos que referem ser membros de um agregado familiar, 64% respondem outro, 30% são filhos, 4% são pais e 2% (um caso) é mãe.

### iii. Condições habitacionais da amostra

A análise das condições de habitação era pertinente para o nosso estudo, pois os estilos de vida e a mobilidade desta população são muito particular no que se relaciona com este item. Por outro lado, essa informação permitia-nos averiguar do grau de exclusão/marginalização na amostra, dado ser este um fator forte de integração/exclusão social.

Ponderou-se previamente o facto da maioria das pessoas, pelas suas características e pelos locais onde foi obtida a informação, ser sem abrigo. Os resultados acabaram por surpreender, pelas percentagens apresentadas.

	Frequência	Percentagem
Casa/ Apartamento próprio	38	31,7
Quarto arrendado	26	21,7
<b>Casa/ Apartamento partilhado</b>	<b>40</b>	<b>33,3</b>
Lar de acolhimento	2	1,7
Barraca	3	2,5
Rua	11	9,2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela n° 12 – Condições de habitação

Na amostra, 32% mora em casa/ apartamento próprio, 33% mora em casa/ apartamento partilhado, o que contradiz em parte com os rendimentos que recebem, pois uma grande percentagem, como visto anteriormente, depende do RSI e reformas.

Tentamos perceber se, quando habitam em casas ou apartamentos próprios ou partilhados, o fazem com a família.

	Frequência	Percentagem
Não responde	57	47,5%
Amigos/ Casal amigo	5	4,2%
Avó	1	0,8%
Companheira e mãe/ sogra	3	2,5%
Marido/ Companheiro	14	11,7%
Esposa/ Companheira	16	13,3%
Esposa e filhos	2	1,7%
Filho	2	1,7%
Filho e genro	1	0,8%
Irmã	3	2,5%
Irmã, cunhado e sobrinho	1	0,8%
Irmãos	1	0,8%
Mãe	4	3,3%
Mãe e irmão	2	1,7%
Neta	1	0,8%
Pai e irmã	1	0,8%
Pais	3	2,5%
Pais e irmã	2	1,7%
Tia	1	0,8%
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Tabela nº 13 – Com quem vivem?

Na amostra, 48% não responde, o que pode presumir que não moram acompanhados. Para os restantes, a resposta mais dada é: esposa/ companheira, com 13%, seguindo-se marido/ companheiro, com 12%. Os restantes resultados não são significativos.

Para saber das condições de habitabilidade mínimas exigidas para a realização de uma boa higiene corporal e oral, questionamos sobre a existência de casa de banho ou lavatório.

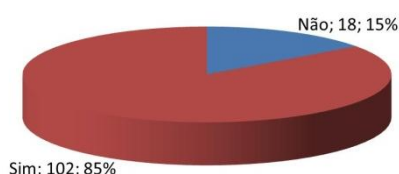


Gráfico nº 11 – Condições da habitação – casa de banho

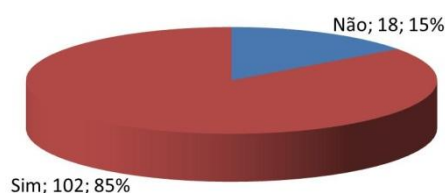


Gráfico nº 12 – Condições da habitação – lavatório

Os valores encontrados são os mesmos, ou seja, em 85% dos casos, o local onde os inquiridos moram têm casa de banho e lavatório. Apenas 15%, não possuem forma de tomar banho e realizar a sua higiene no local que habitam.

Mas se assim era, onde realizavam a sua higiene pessoal, quando esta era um elemento a ter em conta para caracterizar a amostra?

	Frequência	Percentagem		Frequência	Percentagem
Alojamento do irmão	1	0,8	Lar de acolhimento	2	1,7
Apartamento	7	5,8	Pensão	1	0,8
<b>Casa</b>	<b>56</b>	<b>46,7</b>	Quarto	5	4,2

	Frequência	Porcentagem		Frequência	Porcentagem
Casa da avó	1	0,8	Wc Apartamento	6	5,0
Casa da irmã	1	0,8	Wc de casa	1	0,8
Casa da mãe	2	1,7	Wc do quarto	1	0,8
Casa do amigo	2	1,7	Wc externo	1	0,8
Casa do companheiro	2	1,7	Wc hospedaria	8	6,7
Hospedaria Wc externo	4	3,3	Wc pensão	3	2,5
Instalações da Arrimo	5	4,2	Wc público	10	8,3
Instituições Sociais	1	0,8	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 14 – Local de realização da higiene pessoal

Na amostra, 47% responde que realizam a sua higiene pessoal em casa. Novamente se apura que os elementos têm casa própria. Se compararmos com a questão 17, verifica-se que também aqui há um completo desfasamento na informação fornecida. Na questão anterior 85% dos elementos tem casa de banho e lavatório na casa onde habitam. E nesta questão apenas 52.5% diz realizar a sua higiene pessoal em casa, podendo levantarem-se as questões: ou não realizam higiene oral na casa onde habitam, recorrendo a albergues, ou não o fazem diariamente e entendem que a questão colocada para eles não se aplicava.

Para tentar perceber a questão da alimentação, onde a faziam, quais os instrumentos que utilizavam para confeccionar, questionamos sobre a existência de cozinha, obtendo-se os seguintes resultados:

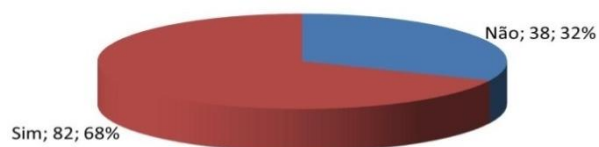


Gráfico n° 13 – Condições da habitação – cozinha

Em 68% dos indivíduos habitam em local onde existe uma cozinha.

Se Não tem cozinha onde prepara as suas refeições?

	Frequência	Porcentagem
Arrimo	2	5,3%
<b>Carrinhas apoio comunitário</b>	<b>6</b>	<b>15,8%</b>
<b>Carrinhas da Arrimo</b>	<b>6</b>	<b>15,8%</b>
Carrinhas de apoio e faculdade	1	2,6%
Casa de rua	1	2,6%
Coração da cidade	1	2,6%
Coração da cidade e carrinhas da Arrimo	1	2,6%
Coração da cidade e igreja do marquês	1	2,6%
<b>Em instituições</b>	<b>6</b>	<b>15,8%</b>
Instalações da Arrimo	5	13,2%
Instituições Sociais	5	13,2%
Irmandade de S. Francisco e Carrinhas da Arrimo	1	2,6%
Local de trabalho	1	2,6%
“RETO”	1	2,6%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Tabela n° 15 – Local onde faz refeições

Para os que não têm cozinha, as situações mais verificadas para a preparação das refeições são carrinhas de apoio comunitário, carrinhas da Arrimo e outras instituições sociais, representando cerca de 48 % do total, aproximadamente.

#### iv. Higiene e alimentação

A Higiene e alimentação importa ao nosso estudo, pois este ponto, tendo em conta a amostra e os objetivos propostos, interfere com a temática e insere-se no modelo sócio ambiental e comportamental que suporta a caracterização da amostra, como sendo compreendida por pessoas excluídas/marginalizadas. Sabendo da relação entre higiene, alimentação e saúde oral, esta problemática assume particular importância em populações como as estudadas.

Por outro lado, os comportamentos higiénicos e alimentares estão também eles associados a rituais e a significações míticas, presentes nos costumes de comunidades historicamente situadas. Rituais e mitos que influenciam os comportamentos destas populações no dia-a-dia e no acesso aos serviços de saúde oral.

Começamos por questionar que tipo de higiene realizavam e facilmente se constatou que quase a totalidade da população tinha hábitos de higiene ditos normais ou perto disso. Importante ressaltar que cerca de 79 % tinha especial interesse na higiene oral.

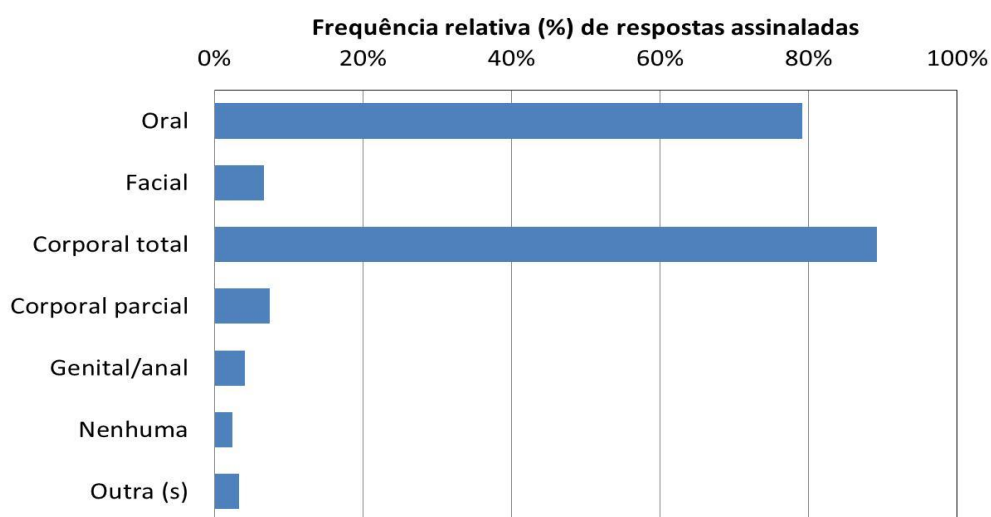


Gráfico nº 14 – Tipos de higiene realizada

Analisando-se este gráfico, e atendendo ao já dito, verifica-se um total desajuste quando comparamos com respostas já anteriormente dadas, mas que vão ser debatidas nos resultados finais e conclusões. Verifica-se então que 89% realiza higiene corporal total;



79% realiza higiene oral; 8% realiza higiene corporal parcial; 7% realiza higiene facial; 4% realiza higiene genital/ anal; perto de 3% realiza outros tipos de higiene; e também perto de 3% não realiza nenhum tipo de higiene.

Quando se questiona quanto aos utensílios que usariam para a sua higiene geral e oral, as respostas foram muito variadas, mas, no entanto, não tanto quanto o expectável.

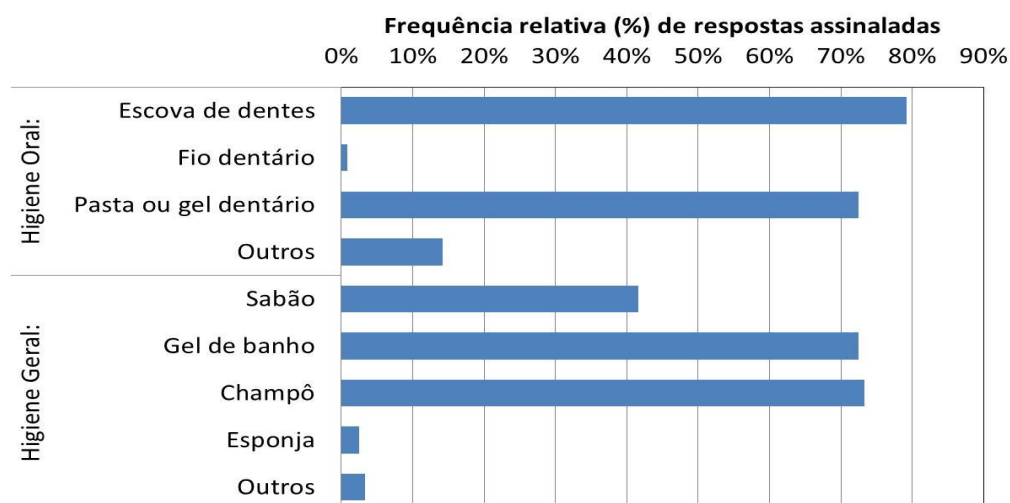


Gráfico nº 15 – Utensílios usados para a higiene oral e pessoal

Na amostra, quanto à higiene oral: 79% utiliza escova de dentes; 73% utiliza pasta ou gel dentário; 14% utiliza outros utensílios e 1% utiliza fio dentário; quanto à higiene geral: 73% utiliza champô; também 73% utiliza gel de banho; 42% utiliza sabão; 3% utiliza outros; e 2% utiliza esponja.

Quando confrontados com a questão de realização de escovagem dentária, obtemos os seguintes resultados:

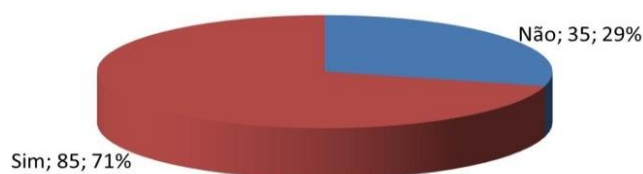


Gráfico nº 16 – Percentagem de indivíduos que realiza escovagem dentária

Os números encontrados referem que 71% realiza escovagem dentária.

A escovagem lingual, não era conhecida pela maioria dos elementos, como se depreende do seguinte gráfico:

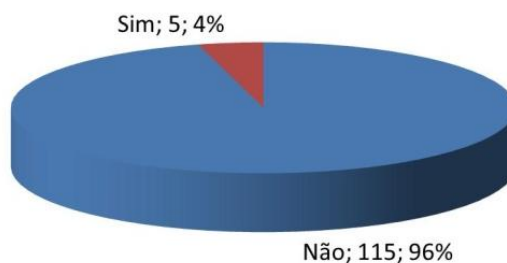


Gráfico nº 17 – Percentagem de indivíduos que realiza escovagem lingual

De toda a amostra, cerca de 4% realiza escovagem lingual.

Atendendo a que havia utensílios e meios físicos para realizar a higiene oral, seria importante saber a frequência da realização desta mesma tarefa. Concluindo-se que:

	Frequência	Percentagem
<b>Diariamente</b>	<b>45</b>	<b>37,5</b>
Semanalmente	34	28,3
Mensalmente	9	7,5
Nunca	32	26,7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 16 – Frequência de escovagem dentária

Apenas 37,5% faz a higiene oral diariamente, o mesmo número que indica que o faz semanalmente. Alerta-se para que, cerca de 27 % nunca efetuou higiene oral.

Acreditando na boa-fé e interesse da população-alvo e atendendo o que pretendíamos números fornecidos apenas por eles, resolvemos questionar quanto ao número de vezes que efetuavam a escovagem, quando o faziam diariamente, para perceber o enquadramento higiénico aqui presente.

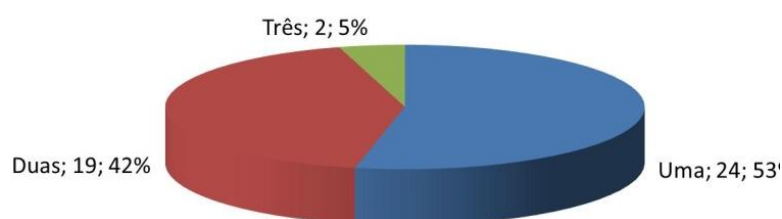


Gráfico n° 18 – Frequência da higiene oral

Cerca de 95 % diziam escovar no máximo duas vezes. Cerca de 4% da amostra indica que realiza a sua higiene oral três vezes por dia.

Em que altura do dia o faziam?

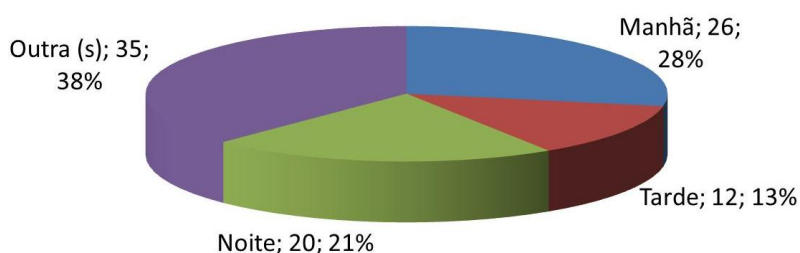


Gráfico n° 19 – Altura do dia que realizam a higiene oral

Na amostra, dos 93 elementos que respondem, 28% diz de manhã, 13% à tarde, 21% à noite e 38% responde outras, que não são realizadas, pois não se conseguiam definir: “*a meio da tarde*”, “*quando era necessário*”, “*quando sentiam mau cheiro*”.

Tentamos estabelecer aqui um critério de comparação entre aquilo que eram as verdadeiras necessidades de higiene oral e a hora a que eram realizadas as refeições. Pretendia-se aferir do conhecimento da necessidade de escovagem após as principais refeições.

Obtiveram-se os seguintes elementos:

	Não assinalado		Assinalado	
	N	%	N	%
Pequeno-almoço	28	23,3%	92	76,7%
Almoço	9	7,5%	111	92,5%
Lanche	47	39,2%	73	60,8%
Jantar	3	2,5%	<b>117</b>	<b>97,5%</b>
Ceia	85	70,8%	35	29,2%
<b>Outras</b>	<b>119</b>	<b>99,2%</b>	1	0,8%

Tabela nº 17 – Refeições diárias

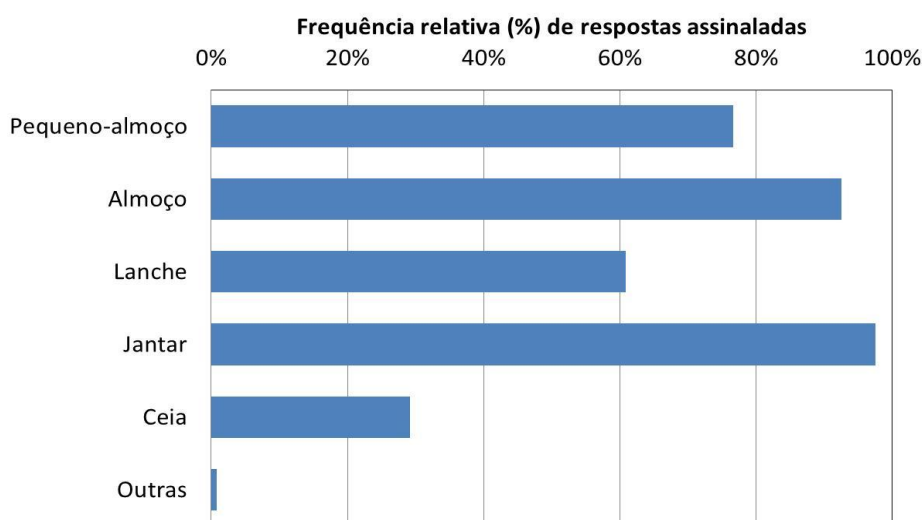


Gráfico nº 20 – Percentagem de refeições diárias

Na amostra, 98% tomam o jantar, 93% almoçam, 77% tomam o pequeno-almoço, 61% lancham, 30% tomam ceia e 1% (um elemento da amostra) assinala outras, o que confirma claramente a discrepância existente, entre o que seria necessário e o que era realizado. Importa salientar que o jantar era a refeição mais importante para os elementos.

Saber onde realizavam as refeições era importante para se determinar e confirmar das condições e acesso à higiene. Demonstram claramente que quase metade da população as realizava em casa ou centros sociais, o que permitia o uso de utensílios de escovagem.

Onde realiza a(s) referida (s) refeição (s)?

	Frequência	Percentagem
ANCAP – V.N.Gaia	1	0,8
Apartamento	1	0,8
Arrimo	7	5,8
Arrimo e casa da sobrinha	1	0,8
Arrimo e Coração da Cidade	1	0,8
Arrimo. Churrasqueira Areosa	1	0,8
Cantina das Devesas	1	0,8
Cantina social	1	0,8
Carrinhas da Arrimo	3	2,5
Casa	23	19,2
Casa companheiro	1	0,8
Casa da avó	1	0,8
Casa da Irmã(o)	3	2,5
Casa da mãe	4	3,3
Casa da sogra	1	0,8
Casa de Rua	1	0,8
Casa de Rua, Coração da Cidade e Igreja do Marquês	1	0,8
Casa de um amigo	1	0,8
Casa do senhorio	1	0,8
Casa dos pais	4	3,3
Casa e cafés	1	,8
<b>Casa e Centro Social da Junta de Freguesia de Campanha</b>	<b>28</b>	<b>23,3</b>
Casa, centro social da junta de freguesia de campanha e restaurantes	3	2,5

	Frequência	Percentagem
Casa, e restaurante/ café	4	3,3
Centros sociais e Igreja do Marquês	1	0,8
Coração da Cidade	2	1,7
Coração da Cidade e carrinhas de apoio	1	0,8
Coração da Cidade e Igreja do Marquês	1	0,8
Coração da Cidade e na casa do namorado	1	0,8
Coração da Cidade e pensão	1	0,8
Coração da Cidade, carrinhas e RETO	1	0,8
Coração da Cidade, Casa da Rua e Arrimo	1	0,8
Coração da Cidade, Irmandade de S. Francisco e Carrinhas da Arrimo	1	0,8
Instalações da comunidade	1	0,8
Instituições Sociais	2	1,7
Na pensão	2	1,7
Na rua	1	0,8
No quarto	2	1,7
Qualquer sítio	1	0,8
Restaurante e Centro Social da Junta de Freguesia de Campanha	1	0,8
Restaurante onde trabalha	1	0,8
Restaurante/ café	2	1,7
Restaurantes e igrejas	1	0,8
RETO	1	0,8
RETO e Coração da Cidade	1	0,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 18 – Local onde realizam as refeições

Pode em forma de conclusão dizer-se que a maioria dos utentes faz as suas refeições em casa e no centro social da junta de freguesia. Queremos alertar para o facto, e apesar da fraca percentagem, que 8 % tem apoio familiar no que concerne a este item.

A integridade dentária também depende do tipo de alimentos ingeridos. Assim, pretendíamos aferir, com a questão seguinte, sobre a maioria dos alimentos ingeridos.

Quais os alimentos que mais consome?

	Frequência	Percentagem
Batata e arroz	1	0,8
Batata e massa	1	0,8
Massa, arroz e fruta	1	0,8
O que puder	1	0,8
Quase todos	1	0,8
Sopa	1	0,8
Sopa de legumes	1	0,8
Sopa, massa e arroz	2	1,7
<b>Todos</b>	<b>95</b>	<b>79,2</b>
Todos menos legumes	3	2,5
Todos, exceto peixe	10	8,3
Todos os que lhe derem	3	2,5
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 19 – Alimentos que mais consomem

Temos os seguintes dados: 79% responde todos, 8% responde todos, exceto peixe, verificando-se também todas as restantes respostas listadas. Apesar de ser a resposta “todos”, a mais dada no Inquérito, não foi possível esclarecê-la por completo, mesmo depois das nossas várias tentativas. Deram a entender ser “todos”, tudo o que lhes era dado ou pelo menos facultado naquele dia.

**v. Serviços de saúde: informação/acesso/procura**

A Análise deste ponto permite estudar um dos objetivos principais da investigação, ou seja, conhecer os mitos e costumes que influenciam os comportamentos desta população no acesso aos serviços de saúde oral; averiguar/descrever sobre a atuação política, económica e cultural, nestas populações e quais as entidades responsáveis por tal acesso.

A questão, para nós fundamental, estaria no facto dos utentes estarem ou não inscritos no Serviço Nacional de Saúde, pois pela nacionalidade de alguns e pela pouca informação existente, supomos que haveria elementos não inscritos.

Está inscrito como Utente no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?

	Frequência	Percentagem
Não	3	2,5
<b>Sim</b>	<b>116</b>	<b>96,7</b>
Não sabe	1	0,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 20 – Indivíduos inscritos no Serviço Nacional de Saúde

Apesar de ser uma percentagem quase insignificante, aproximadamente 3 % não está inscrito no SNS. Consideram o “não sabe”, pois não possuem sequer conhecimento de tal direito e consequentemente do serviço.

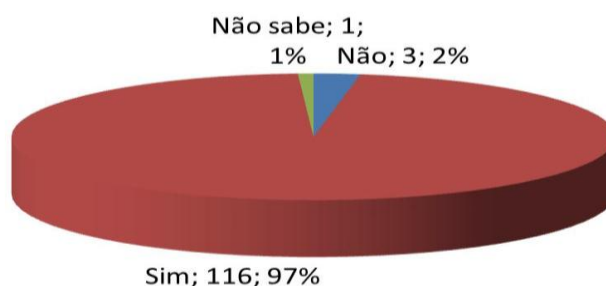


Gráfico nº 21 – Indivíduos inscritos no Serviço Nacional de Saúde



Se Sim, qual?

	N	%		N	%
C. Saúde Albergaria-a-Velha	1	0,8	C. Saúde Matosinhos	1	0,8
C. Saúde Arcozelo	1	0,8	C. Saúde Novo sentido	1	0,8
C. Saúde Avintes	2	1,7	C. Saúde Padrão	1	0,8
C. Saúde Batalha	8	6,7	C. Saúde Paranhos	1	0,8
C. Saúde Bolhão	1	0,8	C. Saúde Póvoa de Varzim	4	3,3
C. Saúde Campanha	7	5,8	C. Saúde Pedrouços	1	0,8
C. Saúde Canidelo	1	0,8	C. Saúde Rio Tinto	4	3,3
C. Saúde Carvalhido	1	0,8	C. Saúde S. Roque	4	3,3
C. Saúde Carvalhosa	2	1,7	<b>C. Saúde S. Roque da Lameira</b>	<b>32</b>	<b>26,7</b>
OC. Saúde Castelo Maia	1	0,8	C. Saúde S. Vidente	1	0,8
C. Saúde Covelo	2	1,7	C. Saúde Soares dos Reis	3	2,5
C. Saúde Covilhã	1	0,8	C. Saúde Vilar Formoso	2	1,7
C. Saúde da Sé	1	0,8	Centro de saúde Braga	1	0,8
C. Saúde das Camélias	1	0,8	Não está inscrito	1	0,8
C. Saúde em Aveiro	1	0,8	Não sabe	18	15,0
C. Saúde Ilhéu	12	10,0	Não tem	1	0,8
C. Saúde Lagarteiro	1	0,8	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 21 – Centros de Saúde onde estão inscritos

Na amostra, são dadas as respostas listadas dos que respondem “não” à questão 33. O elemento que responde “não sabe” à questão 33, responde “C. Saúde ou Aveiro”.

Mesmo prevendo qual seria a respostas mais dada, resolvemos colocar a seguinte questão:

Se não tem SNS, tem cobertura por outro tipo de Serviço de Saúde?

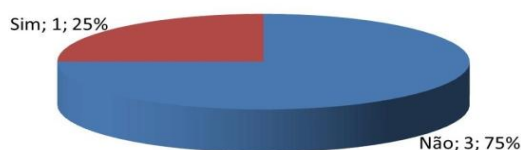


Gráfico n° 22 – Cobertura por outro tipo de serviço de saúde

Apenas um dos elementos respondeu afirmativamente, sendo que se recusou a indicar qual o outro tipo de serviço.

**vi. Percepção do estado de saúde**

A Análise deste ponto permite estudar o objetivo de investigação ao analisar um ponto fundamental no que respeita à justiça e equidade no acesso à saúde, bem como do grau de satisfação da pessoa, pois este está diretamente relacionado com o seu conhecimento e percepção da situação sanitária em que vive, a possível e expectável e a que os serviços públicos lhe proporcionam. Tal percepção é também influenciada pelos discursos e costumes que marcam os comportamentos desta população no acesso aos serviços de saúde oral, que deverá ser tida em conta atendendo ao estudo aqui equacionado. Pensamos ser importante a noção de consciência e a capacidade de acesso para esta necessidade.

Diria que o estado da sua Saúde Oral, comparativamente às pessoas da sua idade é:

	Frequência	Percentagem
<b>Muito pior</b>	<b>38</b>	<b>31,7</b>
Pior	22	18,3
Mais ou menos igual	23	19,2
Melhor	20	16,7
Muito melhor	17	14,2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela n° 22 – Estado de saúde oral comparativamente à maioria

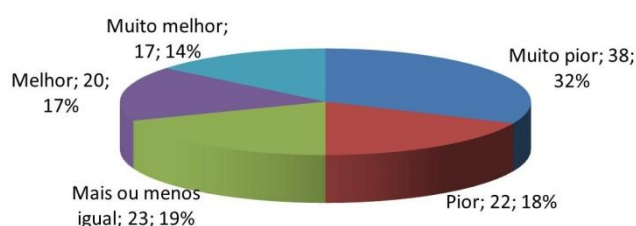


Gráfico n° 23 – Estado de saúde oral comparativamente à maioria

Na amostra, aproximadamente 50 % dizia ter um estado oral muito pior ou pior. Já 14 % achava ter um estado oral melhor do que a população.

Tendo tido sintomas de doença?

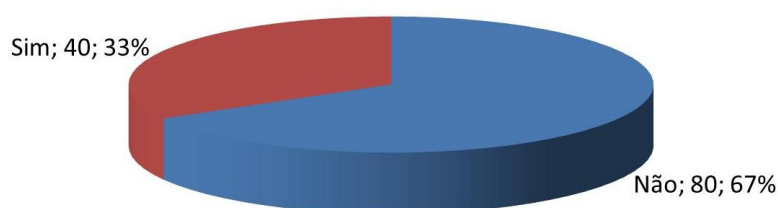


Gráfico n° 24 – Sintomas de doença

Na amostra, 33% responde ter tido sintomas de doença (esta doença deverá ser entendida exclusivamente relacionada com a cavidade oral, o que vem antecipar as questões seguintes).

Consultou algum Médico por esse motivo?

	Frequência	Percentagem
<b>Não</b>	<b>109</b>	<b>90,8</b>
Sim	11	9,2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela n° 23 – Percentagem de indivíduos que consultaram um médico tendo sintomas

Saliente-se esta percentagem! Cerca de 91 % diz não ter consultado o médico, mesmo tendo sintomatologia significativa para o fazer! Acresce o facto deste resultado estar

também baseado em informação informal e que refere “não haver necessidade”, “não valer a pena”, ou “não ter dinheiro”.

Dos que recorrem ao médico, (apenas 10 dos inquiridos), o que foi diagnosticado no que concerne à cavidade oral?

	Frequência	Percentagem
Abcesso dentário	1	10,0
<b>Cáries</b>	<b>3</b>	<b>30,0</b>
Periodontite	2	20,0
<b>Tirar dentes</b>	<b>3</b>	<b>30,0</b>
Tirar dentes todos	1	10,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 24 – Diagnósticos no que concerne à saúde oral aquando da consulta

Na amostra, dos que consultaram o médico pelo motivo de terem tido sintomas de doença, são dadas as respostas listadas, sendo as mais referidas: tirar dentes e tratar de cáries.

Tentou-se entender por que motivo, mesmo havendo dor, 109 dos elementos não recorreu ao médico, para saber o que se passava. As respostas foram as mais variadas:

	Frequência	Percentagem
A dor passou	1	0,9%
Comprou medicamentos	1	0,9%
Mandaram-no esperar	1	0,9%
Não quer	1	0,9%
Não se preocupou	1	0,9%
Não tem dentes	4	3,7%
<b>Não tem dinheiro</b>	<b>59</b>	<b>54,1%</b>
Não tem dores	12	11,0%
Não tem hipótese	1	0,9%

	Frequência	Percentagem
Não teve necessidade	12	11,0%
Não tinha que ir	1	0,9%
Porque não foi lá	1	0,9%
Prisão domiciliária	1	0,9%
Quando dói arranca	1	0,9%
Tem prótese	10	9,2%
Tira-os à navalha	1	0,9%
Tomou comprimidos	1	0,9%
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 25 – Justificações dos indivíduos que não recorreram a um médico tendo sintomas

Na amostra, 54,1 %, referia que não ia por não ter dinheiro, 11 % por não ter dores, também 11 % por não ter necessidade e 9 % por ter prótese.

Quando questionados sobre os seus direitos, nomeadamente ao que à saúde oral diz respeito, ao acesso ao centro de saúde ou hospital, quando sentia que algo estaria mal:

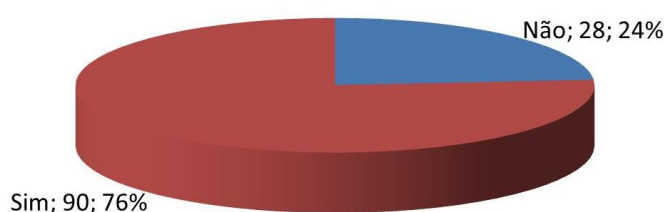


Gráfico nº 25 – Conhecimento do direito em recorrer aos Centros de Saúde ou Hospital

Na amostra, 76% sabe que tem direito a recorrer a um Centro de Saúde ou Hospital no caso de se sentir doente, mas diz que não vale a pena ir lá (informação complementar, pois só “arrancam” e *tratam-nos como “cães”*).

Qual é o Centro de Atendimento de Saúde que costuma utilizar?

	N	%		N	%
Arrimo	1	0,8	C. Saúde em Braga	1	0,8
C. Saúde Albergaria-a-Velha	1	0,8	C. Saúde Ilhéu	11	9,2
C. Saúde Arcozelo	1	0,8	C. Saúde Lagarteiro	1	0,8
C. Saúde Aveiro	1	0,8	C. Saúde Matosinhos	1	0,8
C. Saúde Avintes	2	1,7	C. Saúde Padrão	1	0,8
C. Saúde Batalha	8	6,7	C. Saúde Paranhos	1	0,8
C. Saúde Bolhão	1	0,8	C. Saúde Pedrouços	1	0,8
C. Saúde Campanhã	1	0,8	C. Saúde Póvoa de Varzim	4	3,3
C. Saúde Campanhã	6	5,0	C. Saúde Rio Tinto	4	3,3
C. Saúde Canidelo	1	0,8	C. Saúde S. Roque	4	3,3
C. Saúde Carvalhido	1	0,8	C. Saúde S. Roque da Lameira	32	26,7
C. Saúde Carvalhosa	2	1,7	C. Saúde Soares dos Reis	3	2,5
C. Saúde Castelo Maia	1	0,8	C. Saúde Vilar Formoso	1	0,8
C. Saúde Covelo	1	0,8	C: Saúde Covelo	1	0,8
C. Saúde Covilhã	1	0,8	Centro Vilar Formoso	1	0,8
C. Saúde da Sé	1	0,8	Hospital Joaquim Urbano	2	1,7
C. Saúde das Camélias	1	0,8	Não sabe	20	16,7
			<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 26 – Centro de Atendimento de Saúde que costuma utilizar

Na amostra, verificam-se as respostas listadas, sendo mais referido C. Saúde S. Roque da Lameira, por 25%. Note-se que 17 % respondem não saber.

Noções de acesso e necessidade são bastante díspares. As necessidades sentidas e as de facto existentes divergem bastante. Nesta consonância, questionamos:

Há quanto tempo foi a última vez que foi atendido num Centro de Saúde, Hospital ou Clínica?

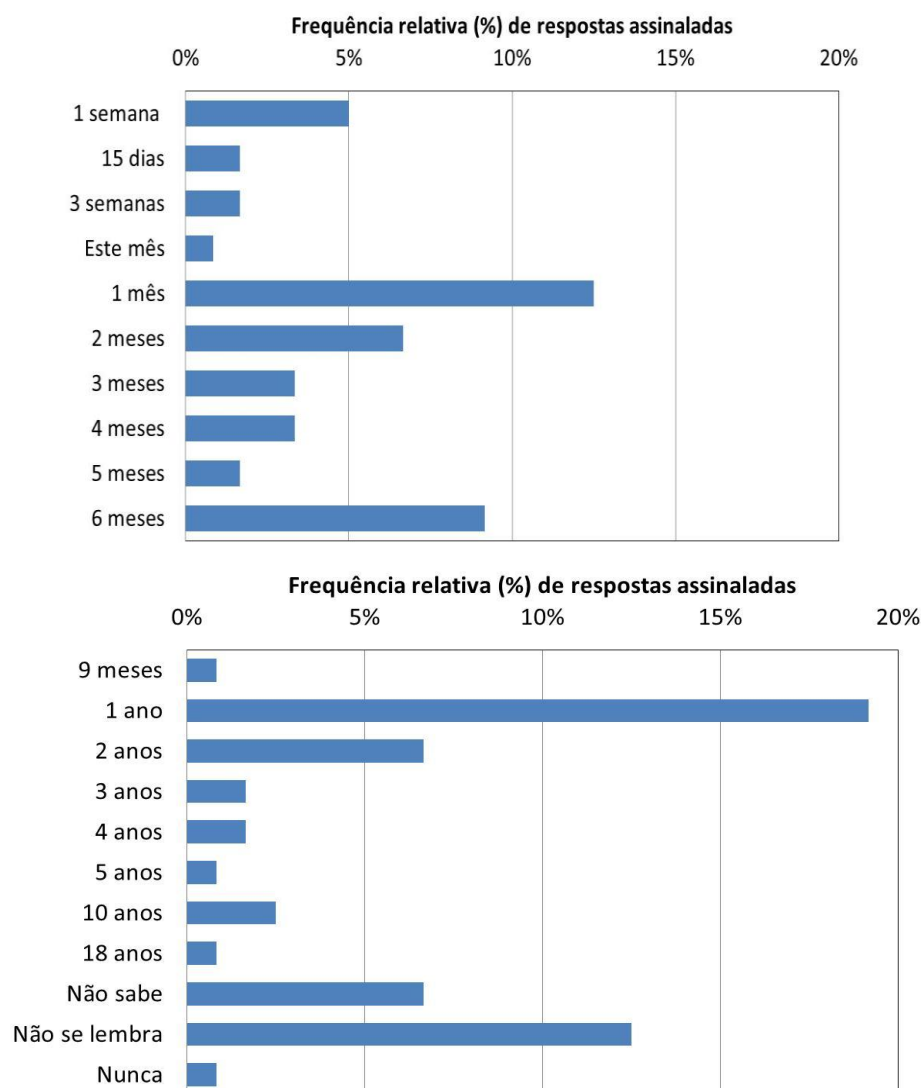


Gráfico nº 26 e Gráfico nº 27 – Tempo que dista da última vez que foram atendidos num Centro de Atendimento de Saúde?

Na amostra, verificam-se as respostas listadas, sendo as mais referidas 1 ano, e, depois, um mês, com os mesmos valores percentuais aos que dizem não se lembrar e não saber.

Colocarmos esta questão neste seguimento aos 106 elementos, para perceber se o que favorecia o recurso era apenas a proximidade, o espaço geográfico, a possibilidade económica, entre outras.

Porque recorreu ao Centro de Saúde, Hospital ou Clínica?

	Frequência	Percentagem
Sentir-se mal	30	28,3
Sofrer um acidente	7	6,6
Estar em tratamento	14	13,2
<b>Fins preventivos</b>	<b>37</b>	<b>34,9</b>
Outro	18	17,0
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 27 – Motivo pelo qual recorreram a um Centro de Atendimento de Saúde

Verificam-se 14 não respostas.

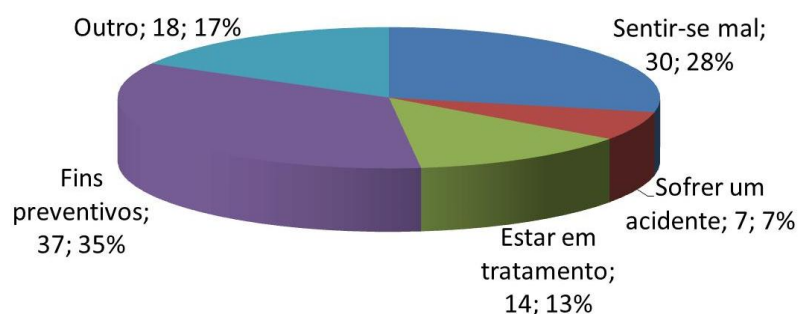


Gráfico nº 28 – Motivo pelo qual recorreram a um Centro de Atendimento de Saúde

Na amostra, dos que responderam, apenas 35% refere como motivo “Fins preventivos”; 28% indica “Sentir-se mal”; 17% referem “Outro”; 13% respondem “Estar em tratamento”; e 7% por “Sofrer um acidente”. Acresce-se a esta informação, que os que referem “outro” entendem como não necessário, não havendo mais nada a fazer!

O Acesso à Saúde Oral, proposta deste trabalho de investigação, pretende dar respostas o mais aproximadas possíveis quanto ao conhecimento, à necessidade e à motivação que leva os utentes a procurar os profissionais de saúde responsáveis por esta área, designadamente Médicos Dentistas e Higienistas Oraís.



Já consultou um Médico Dentista?

	Frequência	Percentagem
Não	20	17,5
<b>Sim</b>	<b>99</b>	<b>82,5</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 28 – Percentagem de indivíduos que já consultaram um Médico Dentista

Na amostra, 83% já consultou um médico dentista, sendo que a grande maioria dizia ter procurado este tipo de especialidade Médica antes de “*entra na má vida*”, ou outros de ser o “*farrapo*” que hoje se apresenta.

É claro, colocando-se a questão aos 20 inquiridos que não recorreram ao Médico Dentista e a que é isso se deve, obtiveram-se as mais diversas respostas.

	Frequência	Percentagem
1ª vez (foi só uma vez)	1	5,0
Não precisa	2	10,0
Não quis	1	5,0
<b>Não tem dinheiro</b>	<b>10</b>	<b>50,0</b>
Não tinha hipótese	1	5,0
Nunca se lembrou	1	5,0
Os dentes caíam	1	5,0
Porque tem medo	1	5,0
Tinha os dentes bons	1	5,0
Tira-os à navalha	1	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 29 – Motivos pelos quais não recorreram a um Médico Dentista

Refira-se que apenas vinte dos inquiridos responderam a esta questão, o que está em perfeita consonância com as percentagens anteriormente referidas.

Na amostra, dos que não consultaram um médico dentista, verificam-se as respostas listadas, sendo referido por 50% o motivo de não ter dinheiro, de grande relevância e em consonância com o já conhecido.

Dos que recorreram ao Médico Dentista, fizeram-no nos mais variados locais geográficos sendo que aproximadamente metade da população, 49%, fê-lo na cidade do Porto, enquanto “tinha dinheiro”.

Se Sim, onde foi atendido?

	N	%		N	%
Albergaria-a-Velha	1	1,0	Inglaterra	2	2,0
Alemanha	1	1,0	Leça da Palmeira	1	1,0
Avintes	1	1,0	Lisboa	1	1,0
Castanheira de Pêra	1	1,0	Maia	1	1,0
Coimbra	2	2,0	Na grande cidade	1	1,0
Covilhã	1	1,0	Na Suíça	1	1,0
Em Gaia	1	1,0	Na tropa - Sta. Margarida	1	1,0
Esmoriz	1	1,0	Não sabe	1	1,0
Esposende	1	1,0	Não se lembra	2	2,0
Felgueiras	1	1,0	Penafiel	1	1,0
França	2	2,0	<b>Porto</b>	<b>48</b>	<b>49,0</b>
Gaia	1	1,0	Póvoa de Varzim	3	3,1
Gondomar	1	1,0	Prisão de Caxias	1	1,0
Guimarães	1	1,0	Prisão dos EUA	1	1,0
Hosp. Santo António	1	1,0	Resende	1	1,0
Hospital Joaquim Urbano	3	3,1	Rio Tinto	1	1,0
Hospital Maria Pia	1	1,0	Roménia	1	1,0
Hospital Militar	1	1,0	Suíça e Alemanha	1	1,0

	N	%		N	%
Hospital S. João	4	4,1	Valongo	1	1,0
Hospital Santos Silva	1	1,0	Vila do Conde	1	1,0
			<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 30 – Locais onde foram atendidos por um Médico Dentista

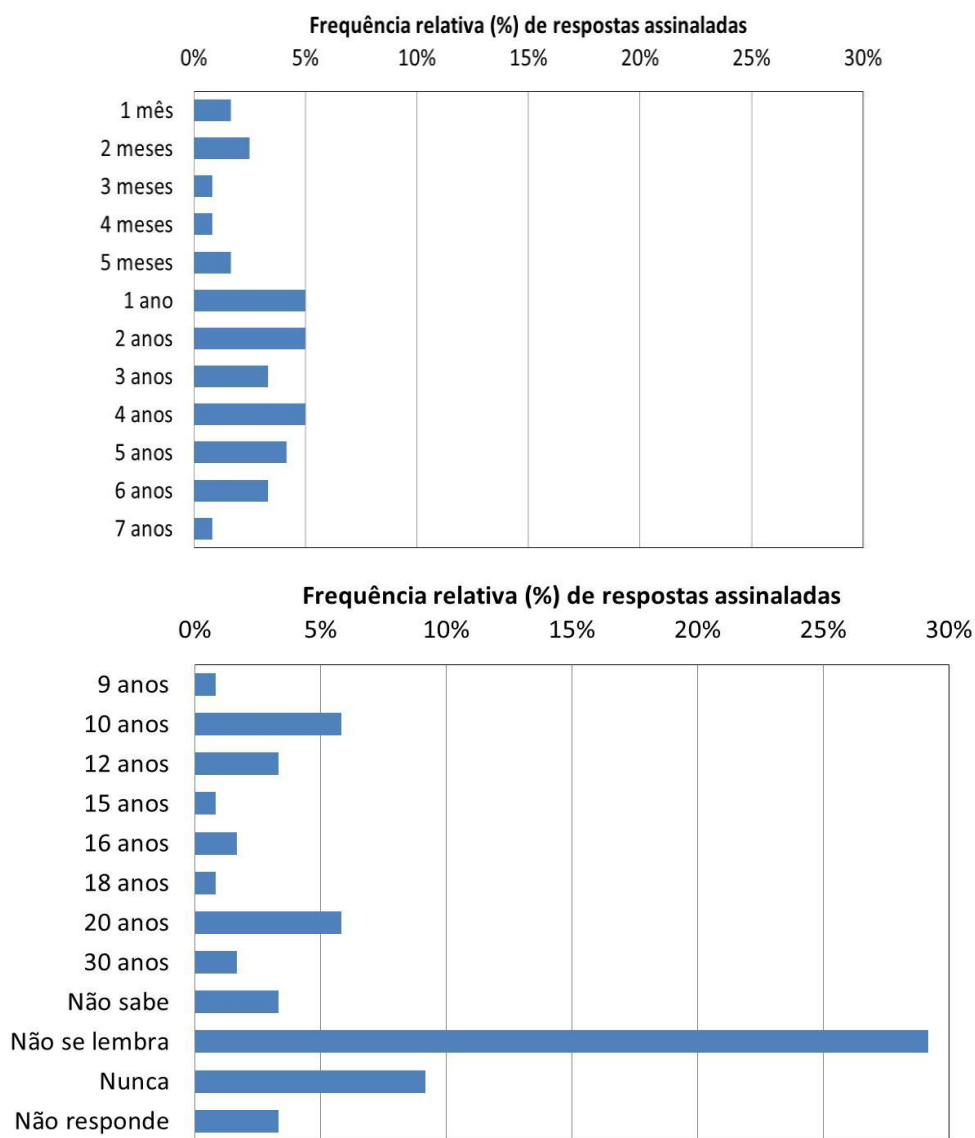


Gráfico nº 29 e Gráfico nº 30 – Tempo que dista da última visita a um Médico Dentista

A resposta dada à questão: quanto tempo dista, desde a última visita ao Médico Dentista, apresenta como resultado mais marcante a resposta “não se lembra”, tal como se consegue verificar.

Outros indicaram a necessidade de recorrer a visitar o médico dentista, pelo menos de meio em meio ano, por questões de rotina e avaliação

Porque consultam as pessoas o médico dentista? Em que momento e situação?

	N	%		N	%
Abcesso dentário	1	1,0%	Não sabe	3	2,9%
Colocar dentes	1	1,0%	Não se lembra	5	4,9%
Colocar prótese	14	13,6%	Para poder jogar à bola	1	1,0%
Dente com mobilidade	1	1,0%	Pôr chumbo	1	1,0%
Dentes partidos	1	1,0%	Prevenção	1	1,0%
Destartarização	1	1,0%	Rotina	2	1,9%
Dor e mau hálito	1	1,0%	Tirar dentes	14	13,6%
<b>Dores</b>	<b>28</b>	<b>27,2%</b>	Tratar cáries	8	7,8%
Dores e cáries	2	1,9%	Tratar cáries e rever prótese	1	1,0%
Dores e dentes estragados	1	1,0%	Tratar dentes	11	10,7%
Exodontias	2	1,9%	Tratar dentes e colocar prótese	2	1,9%
Limpeza e tratamento	1	1,0%	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 31 – Motivos pelos quais recorreram a um Médico Dentista

Apenas 103 inquiridos respondem à questão, o que está perfeitamente de acordo com o número dos que não tinham consultado o médico dentista.

Dos que já consultaram um médico dentista, verificam-se os motivos listados anteriormente, sendo que o mais referido é “dores” por 27%, seguido de “tirar dentes” por 14%, e depois “colocar prótese” por 12%. 10% dos elementos diz ter recorrido a consulta para “tratar os dentes”.

O motivo pelo qual consultou o Médico Dentista ficou resolvido?

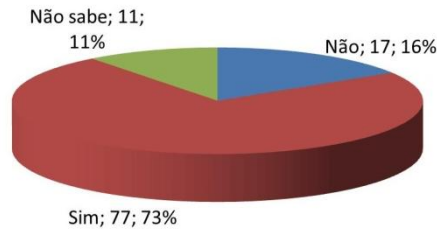


Gráfico nº 31 – Motivo da realização da consulta dentária. Ficou resolvido?

Na amostra, 73% respondem ter ficado resolvido, sendo que 16% respondem que não ficaram satisfeitos com o resultado. Para além destes, 11% dizem não ter conhecimentos suficientes para responder à questão levantada.

O acesso e a forma como são atendidos os doentes quando necessitam de tratamento, são variáveis, e, claro, dependem diretamente das duas principais partes intervenientes: médico e paciente. Nesta questão, tentou a verificar-se o doente gostou do atendimento realizado, tendo-se obtido os seguintes resultados.

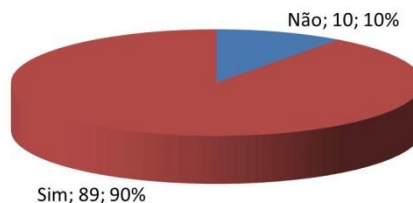


Gráfico nº 32 – Atendimento do Médico Dentista

Verifica-se que 90% dos intervencionados gostou do atendimento prestado pelo médico dentista.

Entendemos necessário perceber porque é que os restantes não gostaram, e anotaram-se as seguintes respostas:

Dos que responderam negativamente à questão anterior, três respondem “Não sabe”, sendo as razões “Antipático e caro”, “Demorou muito”, “Doeu muito e ficou com febre”, “Não tinha condições”, “Sofreu muito”, dadas, cada uma, por um elemento da amostra. Adverte-se novamente as condições de acesso e a iniquidade existente. Os

utentes recorreram a serviços públicos hospitalares (consultar tabela – centros de saúde e tratamentos dentários – onde realizados).

Uma vez que existiam alterações dentárias e que estas não eram tratadas, pelos motivos indicados, tentamos observar se os utentes tinham forma correta de mastigação ou apresentavam dificuldades na mesma. Os resultados obtidos foram:

	Frequência	Percentagem
Não	29	24,6
<b>Sim</b>	<b>89</b>	<b>75,4</b>
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 32 – Percentagem de indivíduos com dificuldades na mastigação

Na amostra, 75% tem dificuldade em mastigar alimentos, 25% respondem negativamente.

Importante foi para nós saber também de que forma é “vista”/observada esta população pela sociedade. E relativamente ao seu aspeto dentário percebeu-se claramente que a grande maioria diz que este é um facto que constitui uma grande barreira da integração comunitária.

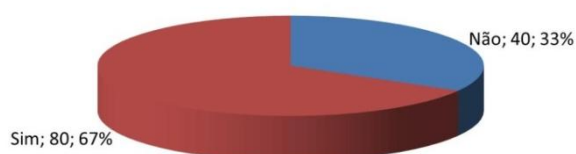


Gráfico nº 33 – Estado de saúde oral e barreiras de integração na Comunidade

Cerca de 67% consideram que o estado atual da sua Cavidade Oral constitui uma barreira para se integrar na Comunidade.

E no que concerne à saúde no geral, existirá também uma barreira para se integrar na comunidade?

Esta questão teve que ver com as alterações físicas e emocionais observadas, que afetavam claramente a autoestima. Tentámos perceber se as alterações eram tão discriminatórias quanto se antevia.

	Frequência	Percentagem
Não	37	30,8
<b>Sim</b>	<b>83</b>	<b>69,2</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 33 – Percentagem de indivíduos que pensa que a sua saúde é uma barreira para se integrar na comunidade

De facto os resultados foram significativos, demonstrando claramente que o aspeto físico apresentado ainda é uma das principais barreiras sociais. Aproximadamente 70% assim o dizem.

O acesso à saúde, a forma como esta é entendida, pelos direitos intervenientes e por toda a estrutura existente, depende, também, de um fator de suma importância e que é sem dúvida a confidencialidade dos dados/observações anotadas solicitadas aos utentes.

Tentou verificar-se se os utentes confiam na forma como os dados são fornecidos, nomeadamente quando realizada a anamnese identificativa de situações mais patologicamente suscetíveis de exclusão social, designadamente doenças infetocontagiosas, antecedentes criminais ou mesmo alterações comportamentais. Verifica-se que 98 % não tem qualquer reserva quanto à prestação de informação.

Confia na reserva e proteção da informação dos Centros de Saúde em relação aos utentes com doenças infetocontagiosas, com antecedentes criminais ou delinquentes?

	Frequência	Percentagem
Não	2	1,7
<b>Sim</b>	<b>118</b>	<b>98,3</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 34 – Percentagem de indivíduos que acredita no sigilo profissional por parte dos profissionais de saúde

Na amostra, 98% confia na reserva e proteção da informação dos Centros de Saúde. Dos que responderam negativamente à questão anterior, as explicações passam por, “*Podem falar de nós*” e “*Porque nos podem foder a vida*”, são dadas, cada uma, por um elemento da amostra.

**vii. Adições / situações e percepções de marginalização**

A análise deste ponto importava para outro dos objetivos da investigação, o qual consistia em saber como os comportamentos e estilos de vida desta população, associados a discursos preconceituosos e a mitos influenciavam tanto a própria percepção dos utentes, como as dos profissionais de saúde, quando aqueles procuravam os cuidados sanitários. Ao mesmo tempo, essa informação permitia averiguar sobre a atuação política da sociedade e das entidades responsáveis por intervir junto das populações marginalizadas, no que concerne ao acesso e formas de facilitar todo o seu processo.

Pretendeu também verificar-se quais os principais comportamentos de risco que muito podem contribuir para aumento das despesas de saúde e aumentar o fosso no processo de inclusão social.

Começamos por questionar sobre ser, ter sido ou não adicto. Os resultados não conferiram grande espanto.

	Frequência	Percentagem
Não	43	35,8
<b>Sim</b>	<b>77</b>	<b>64,2</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 35 – Percentagem de adictos

Vemos então que 64% é adicta relativamente a alguma substância, e que 36% responde negativamente (mas alguns dos quais, por informação recolhida no terreno, já o foram, às mais variadas substâncias).

Importante é saber-se que substâncias aditivas eram usadas, até para se conseguir estabelecer uma relação entre os sintomas apresentados e os meios existentes para recorrer em prol de uma melhor saúde. Obtiveram-se os seguintes resultados



### Porque substância ou situação é adicto?

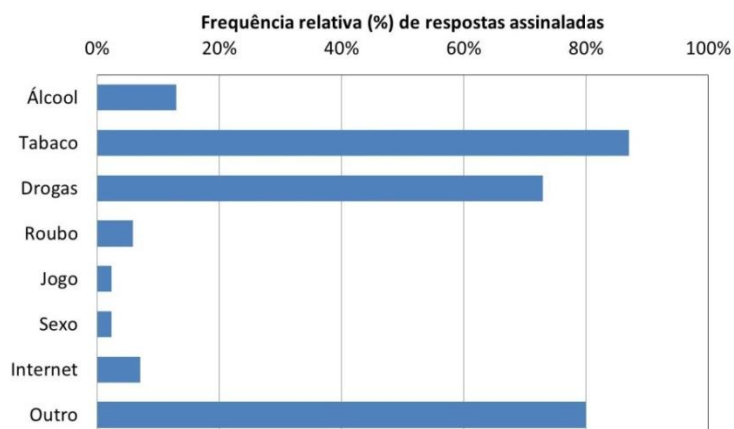


Gráfico nº 34 – Substâncias ou situações pelas quais são adictos

Dos 85 elementos que consideram ter comportamentos adictos, 87% responde tabaco e 80% responde outro (normalmente estaria relacionado com drogas pouco comuns, que mesmo para a equipa técnica de investigação eram desconhecidas: tratava-se muitas vezes de “misturas” nada convencionais!), 73% responde drogas. Menos assinalados são o álcool, por 13%, a internet por 7%, o roubo por 6%, e o jogo e o sexo, cada assinalado por dois elementos (2,4%).

Atendendo a que é adicto ao álcool, qual o tipo de consumo que faz, nomeadamente o tipo de bebida (pretende-se relacionar a ingestão de álcool e as alterações na cavidade oral, pois sabe-se que as bebidas brancas, têm mais poder na alteração das mucosas orais).

Resultados obtidos:

	Frequência	Percentagem
<b>Não respondem</b>	<b>4</b>	<b>36,4</b>
Cerveja	2	18,2
Cerveja e vinho	1	9,1
Vinho branco	3	27,3
Vinho tinto	1	9,1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 36 – Tipo de bebidas consumidas

Assim, 27% da população diz ingerir vinho branco e 18.2% cerveja, havendo ainda cerca de 9% da amostra que afirma ingerir cerveja e vinho.

Quanto ao tabaco quantidade /dia verificou-se:

	Frequência	Percentagem
3 Cigarros por dia	4	5,4
4 Cigarros por dia	3	4,1
5 Cigarros por dia	2	2,7
6 Cigarros por dia	3	4,1
10 Cigarros por dia	12	16,2
12 Cigarros por dia	1	1,4
15 Cigarros por dia	5	6,8
<b>20 Cigarros por dia</b>	<b>31</b>	<b>41,9</b>
30 Cigarros por dia	7	9,5
40 Cigarros por dia	3	4,1
50 Cigarros por dia	1	1,4
O que tiver	1	1,4
Tabaco de enrolar	1	1,4
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 37 – Quantidade de cigarros consumidos por dia

Dos 74 elementos que responderam, 42% fumava no mínimo 20 cigarros por dia.

Voltando a uma das determinantes, quanto às alterações orais e obviamente o que isso acarreta, questionou-se quanto ao tipo de droga consumida.

	Frequência	Percentagem
Cocaína	4	6,5
Cocaína e haxixe	10	16,1
<b>Cocaína e heroína</b>	<b>30</b>	<b>48,4</b>

	Frequência	Porcentagem
Cocaína, heroína, haxixe	7	11,3
Haxixe	4	6,5
Haxixe e heroína	1	1,6
Haxixe, cocaína e anfetaminas	1	1,6
Heroína	3	4,8
Heroína, cocaína, haxixe e LSD	1	1,6
Tudo	1	1,6
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 38 – Tipo de drogas consumidas

Dos 62 elementos que responderam, cerca de 48% dizem consumir cocaína e heroína.

Pretendia averiguar-se quando houve lugar a furto, qual era o mais comum e de que forma o realizavam. Pretendia aferir-se de uma forma comum de intervenção. As respostas não foram nada esclarecedoras, não permitindo sequer análise.

Dos elementos que habitualmente se refugiavam no jogo como forma de adição, apenas 1 dos 2 elementos resultantes de amostra referiu o “poker”.

Quanto ao sexo como forma de adição, apenas 1 dos elementos disse que, para si, a prostituição era uma forma que encontrava para “*destressar*”.

O recurso à internet é reconhecido como o maior e o que mais proporciona descontração e aumenta a autoestima.

	Frequência	Porcentagem
Não respondem	1	16,7
Comunicação	1	16,7
Jogos poker	1	16,7
Pornografia	1	16,7

	Frequência	Porcentagem
<b>Todos</b>	<b>2</b>	<b>33,3</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 39 – Motivos pelos quais recorrem à Internet

Dos 6 elementos que responderam à questão, 33% diz que gosta de consultar pornografia e outras.

Verificou-se, quando questionados sobre outro tipo de adição, uma resposta que denota conhecimento sobre o seu estado de dependência, já que referem que são, na sua maioria, dependentes de metadona.

Passou-se a uma outra fase no inquérito e que diretamente conduzia os inquiridos para processos de discriminação nos cuidados de saúde, para reforçar a ideia que já havíamos obtido anteriormente, por questões já levantadas.

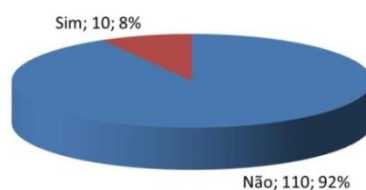


Gráfico nº 35 – Existência ou não de discriminação nos locais de atendimento

Desta forma, 92% diz não ter sido discriminado. Dos restantes 8% diz já ter sentido a discriminação de que tanto se fala, referindo inclusive, que “*trataram mal o profissional de saúde*”.

Quando discriminados, por que motivo o foram?

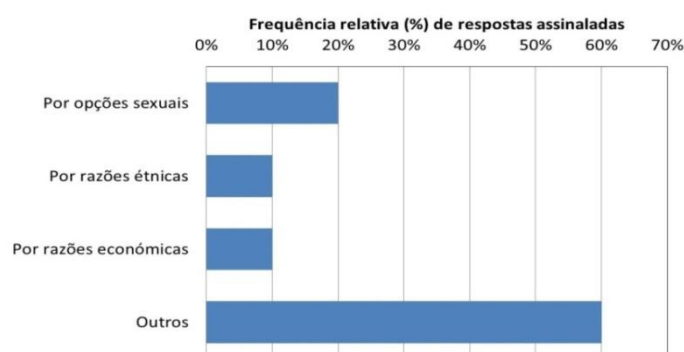


Gráfico nº 36 – Motivos pelos quais se sentiram discriminados

Dos 10 elementos que consideram ter sido discriminados nos locais de atendimento a Cuidados de Saúde, 60% indica de outra forma (referiam que o médico “*nem olhava*”, “*só receitava sem ver*”, “*não ouvia*”, “*não estavam informados da sua situação patológica*”...); 20% responde por opções sexuais, 10% (um elemento) responde por razões étnicas, e também 10% responde por razões económicas (não tinha dinheiro para pagamento da taxa pedida).

Questionamos se estiveram alguma vez envolvidos num ato ilícito e posteriormente se foram condenados por tal motivo.

Os resultados obtidos não estiveram longe do que eventualmente se poderia esperar:

- 43% estiveram envolvidos em atos ilícitos.
- Destes, apenas 28% foram condenados e alguns presos.

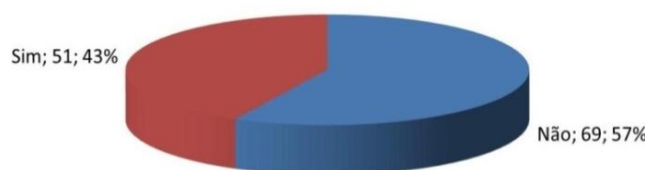


Gráfico n° 37 – Indivíduos envolvidos em atos ilícitos

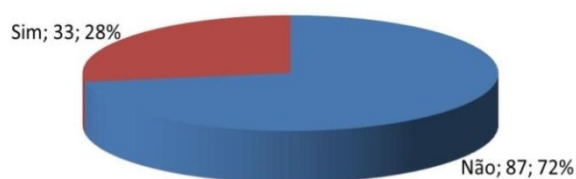


Gráfico n° 38 – Indivíduos condenados ou não

Levantando novamente a questão ética e de equidade social, entendemos por bem colocar a questão que se segue:

Se Sim, uma vez conhecido(s) esse(s) ato(s) pelo Médico Dentista, sentiu haver alguma discriminação ou marginalização durante o seu atendimento?

	Frequência	Percentagem
<b>Não</b>	<b>47</b>	<b>95,9</b>
Sim	2	4,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 40 – Percentagem de indivíduos que se sentiram discriminados por um Médico Dentista

Apenas 4% respondem afirmativamente, dizendo que depois de saber que estiveram envolvidos em atos ilícitos e condenados, o médico alterou a sua forma de estar. Os inquiridos entendem ser este facto a razão da mudança de comportamento e portanto forma de discriminação!

Queríamos saber como tinham percebido esta mudança e porque entendem como discriminação. As respostas foram as seguintes: *“No hospital - Trataram-me como um cão”* e *“Trataram-me como se fosse um animal”*.

Lembramos que apenas 2 elementos de toda a população responderam afirmativamente.

Uma vez que foram ou entenderam ser “mal” atendidos, pela discriminação demonstrada e “constatada”, entendemos pertinente questionar sobre o conhecimento dos mecanismos legais para contestar tal comportamento, sublinhando-se aqui o papel dos Direitos e Deveres dos Utentes e Profissionais. Apresentamos apenas como exemplo o livro de reclamações. Questionamos da sua existência e se o usaram como meio de reclamação.

Resultados quanto ao conhecimento da existência do livro de reclamações

	Frequência	Percentagem
Não	9	7,5
<b>Sim</b>	<b>111</b>	<b>92,5</b>
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 41 – Percentagem de indivíduos com conhecimento da existência do livro de reclamações

Na amostra, 93% sabe que pode reclamar por escrito, no Livro de Reclamações, do ato de discriminação ou marginalização de que foi alvo, 7% responde negativamente.

Mas quando questionados sobre ter ou não usado esse direito, as respostas foram:

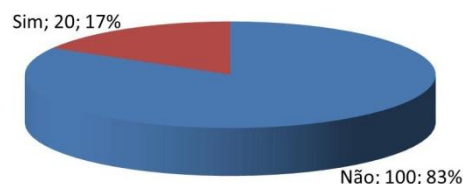


Gráfico nº 39 – Apresentação de reclamação por parte dos utentes

Na amostra, 17% já alguma vez contestou/reclamou, 83% respondem negativamente.

Mas atendendo aos vários motivos de desagrado demonstrado durante o inquérito, entendemos ser importante saber porque não o haviam registado, uma vez que se trata de um direito estabelecido!

Respostas obtidas:

	Frequência	Percentagem
Não achou que valesse a pena	1	1,0
Não conhece nada	1	1,0
Não sabia	4	4,0
Não se quis incomodar	1	1,0
Não teve necessidade	88	88,9
Não vale a pena perder tempo	2	2,0
Não via a identificação	1	1,0
Por não ser português	1	1,0
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 42 – Motivo pelo qual não recorreram ao livro de reclamações

Apenas 99 dos inquiridos respondem. Verifica-se que 89% diz não ter tido necessidade, eventualmente por desconhecimento.

## 2.6. Resultados do CPOD

Usamos o Índice CPOD por questões de eficácia no tempo disponível de encontro com a amostra no trabalho de terreno e de facilidade na recolha dos elementos pretendidos, alias tal como havia já sido referido. Reforçamos a ideia de que, no caso da nossa amostra, só utilizamos o índice CPOD, pois toda a população possuía, quando tal se verificava, dentição permanente ou definitiva.

Analizamos o odontograma e realizamos uma avaliação o mais fidedigna possível, atendendo às condições físicas redutoras já mencionadas.

A Análise deste ponto permite estudar um dos objetivos da investigação: estabelecer a prevalência das principais alterações das dentárias.

### Estatísticas:

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Número de dentes com cárie	120	5,2	4,0	76%	0	15
Número de dentes perdidos	120	<b>15,1</b>	<b>10,2</b>	67%	0	<b>32</b>
Número de dentes obturados	120	0,51	1,30	<b>255%</b>	0	8

Tabela nº 43 – Análise estatística dos Odontogramas

Na amostra, o número de dentes com cárie apresenta um valor médio de 5,2, com uma dispersão de valores de 76%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 0 e 15 dentes; o número de dentes perdidos apresenta um valor médio de 15,1, com uma dispersão de valores de 67%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 0 e 32 dentes; o número de dentes obturados apresenta um valor médio de 0,51, com uma dispersão de valores de 255%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 0 e 8 dentes.

Lembramos que toda a população era adulta e que a sua cavidade oral deveria ser composta por 32 peças dentárias, salvo exceção de erupção dentária, que na maioria dos casos se prendia com alterações do campo genético.



No histograma seguinte, ilustra-se a distribuição de valores do número de dentes com cárie.

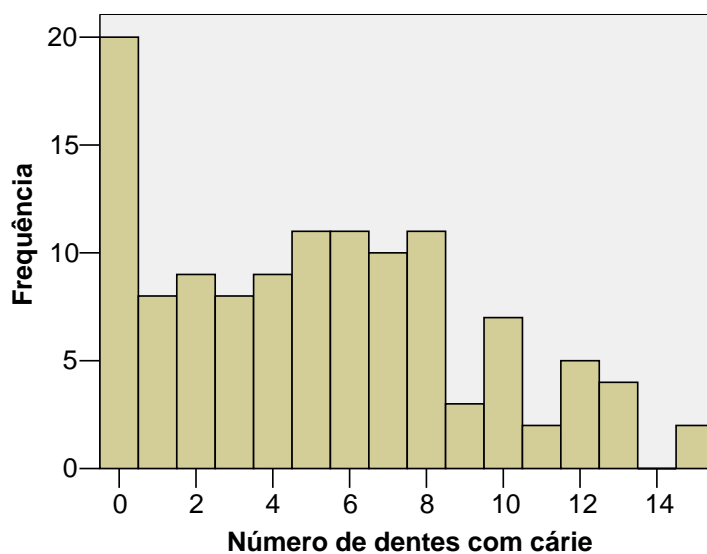


Gráfico nº 40 – Número de dentes com cárie

Pode observar-se que a distribuição do número de dentes com cárie se verifica, principalmente, entre zero e oito dentes, sendo a moda igual a zero dentes com cárie (que pertenciam fundamentalmente aos indivíduos sem dentes em boca).

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a distribuição de valores do número de dentes perdidos.

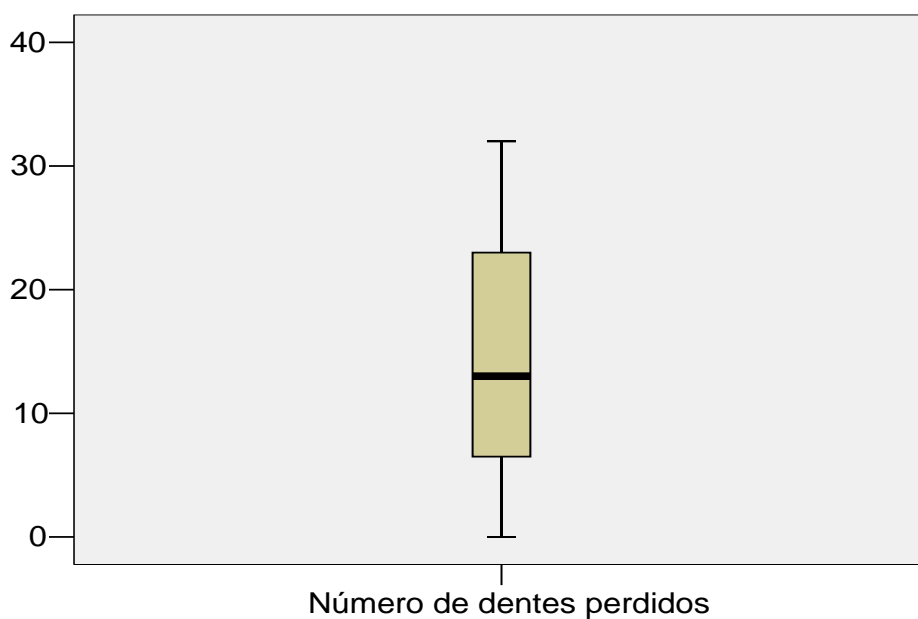


Gráfico nº 41 – Número de dentes perdidos

Pode observar-se que a distribuição do número de dentes perdidos se verifica de forma algo uniforme, sendo a moda igual a 32 dentes perdidos.

No histograma seguinte, ilustra-se a distribuição de valores do Número de dentes obturados.

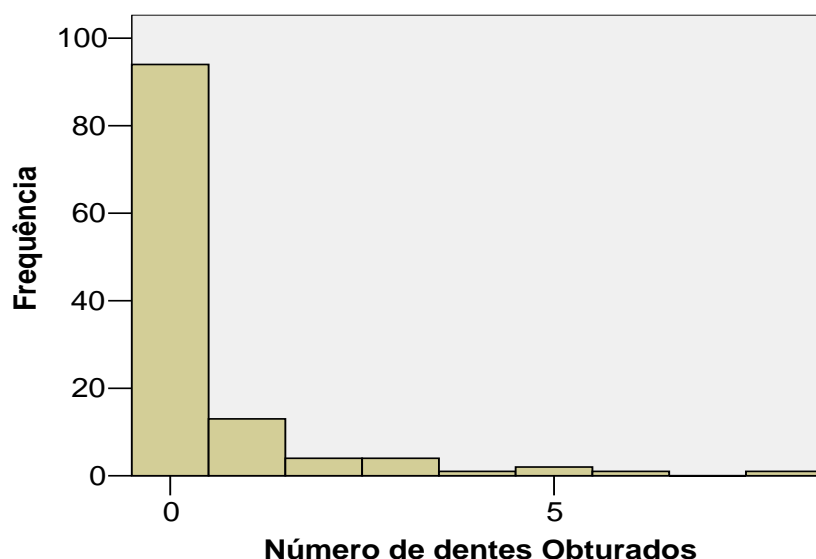


Gráfico nº 42 – Número de dentes obturados

Pode observar-se que a distribuição do número de dentes obturados se verifica para valores reduzidos, sendo, aliás, todos os valores positivos considerados *outliers* (casos extremos), e sendo a moda igual a zero dentes obturados.

#### Estatísticas:

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
<b>CPOD</b> (Somatório de dentes cariados + perdidos + obturados/restaurados)	<b>120</b>	20,9	7,8	37%	4	32

Tabela nº 44 – Índice CPOD

Na amostra, o CPOD apresenta um valor médio de 20,9, com uma dispersão de valores de 37%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 4 e 32 dentes.

No histograma seguinte, ilustra-se a distribuição de valores do CPOD.

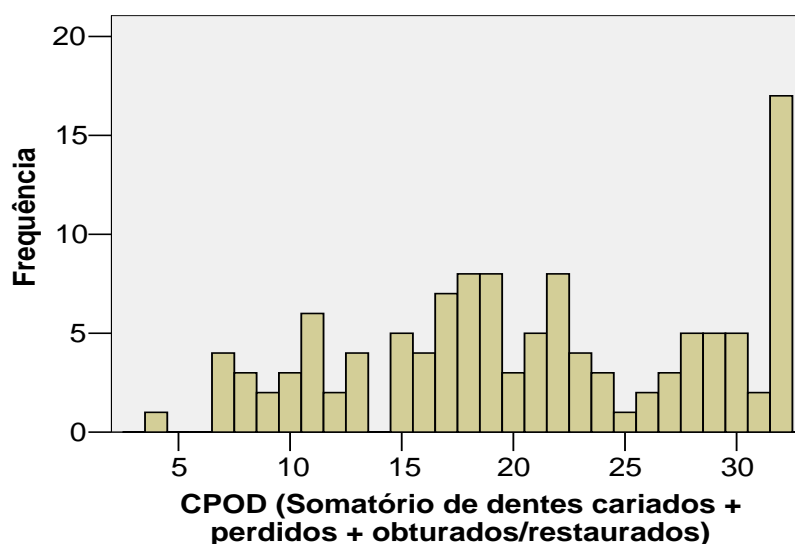


Gráfico n° 43 – Índice CPOD

Pode observar-se que a distribuição do CPOD se verifica principalmente, entre 15 e 25, sendo a moda igual a 32.

#### i. Outros elementos observados durante a avaliação Oral

##### Uso de Prótese:

	Frequência	Percentagem
<b>Não</b>	<b>90</b>	<b>75,0</b>
Sim	30	25,0
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela n° 45 – Uso de prótese

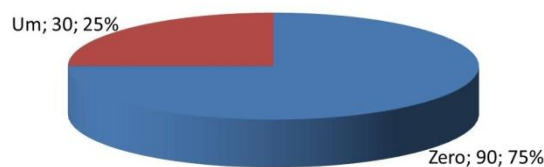


Gráfico n° 44 – Uso de prótese

Podemos constatar que 25% dos observados usa prótese e 75% não usa qualquer prótese, apesar da grande necessidade existente verificada.

### Existência de restos radiculares

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Existência de restos radiculares	120	2,93	3,48	119%	0	16

Tabela nº 46 – Existência de restos radiculares

Na amostra, a existência de restos radiculares apresenta um valor médio de 2,93, com uma dispersão de valores de 119%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 0 e 16.

No histograma seguinte, ilustra-se a distribuição de valores da existência de restos radiculares.

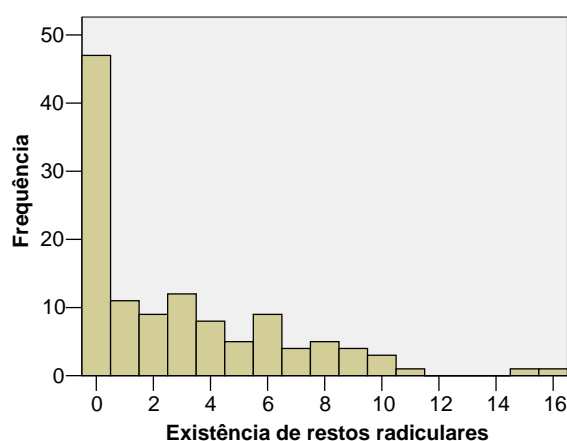


Gráfico nº 45 – Existência de restos radiculares

Pode observar-se que a distribuição da existência de restos radiculares se verifica principalmente, entre zero e seis, sendo a moda igual a zero.

### Dentes fraturados

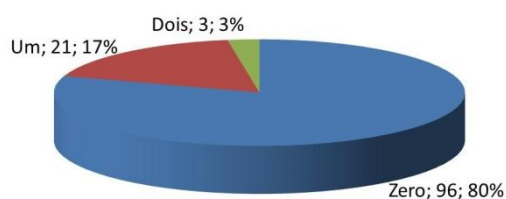


Gráfico nº 46 – Existência de dentes fraturados

Na amostra, 80% não apresentam dentes fraturados, 17% têm um dente fraturado e 3% apresentam dois dentes fraturados.

**ii. Relação entre CPOD e algumas das restantes variáveis que podem ser determinantes para a qualidade de saúde oral**

A análise deste ponto faz-se para, dentro dos objetivos da investigação, determinar quais os fatores extrínsecos e intrínsecos existentes, que permitam, num futuro que se pretende próximo, alterar, intervir, direcionar, melhorar a qualidade de vida desta população e verificar quais os principais comportamentos de risco aqui patentes.

**a) Idade (anos):**

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias, mas não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável nas categorias em estudo.

Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico ANOVA será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, quando não se verifica um dos pressupostos:

	N	Média	Desvio padrão	Qui <sup>2</sup> <sub>4</sub> (KW)	p	Post-Hoc Teste Tukey
Até 30 anos	18	15,67	5,488	28,18	<b>** 0,000</b>	-30, 30-39 < 50-65, 65+
30 a 39 anos	26	17,27	7,186			
40 a 49 anos	23	19,87	7,099			
50 a 65 anos	22	25,18	6,891			
Mais de 65 anos	31	24,58	7,316			

**\*\* Diferença significativa para p <0,01**

Tabela nº 47 – Correlação entre CPOD e idade

Sendo o valor de prova inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para todas as categorias da idade, pois se verificam diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças significativas, através dos seus valores médios.

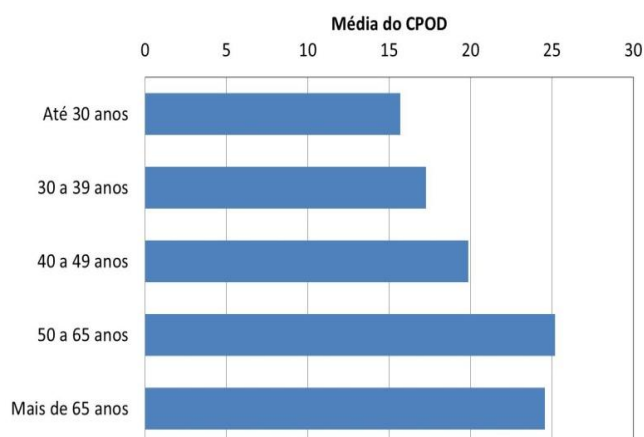


Gráfico n° 47 – Correlação entre CPOD e idade

O valor médio do CPOD cresce com o aumento da idade, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, entre as idades iguais ou superiores a 50 anos e as idades inferiores a 40 anos.

**b) Escolaridade:**

Uma vez que se verificam poucas observações em algumas classes da escolaridade, elas foram agregadas a outras, tendo-se obtido:

	Frequência	Percentagem
<b>Até 1º Ciclo do Ensino Básico (1º à 4º ano)</b>	<b>58</b>	<b>48,3</b>
2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano)	32	26,7
3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano)	15	12,5
Ensino Secundário (10º ao 12º ano)	15	12,5
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tabela n° 48 – Escolaridade

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias, mas não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável, nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico ANOVA será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, pois não se verifica um dos pressupostos.

	N	Média	Desvio padrão	Qui <sup>2</sup> <sub>3</sub> (KW)	p	Post-Hoc Teste Tukey
Até 1º Ciclo do Ensino Básico (até 4ª ano)	58	23,78	7,267	17,172	<b>** 0,001</b>	1.º < 2.º, 3.º
2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano)	32	18,56	7,043			
3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano)	15	16,53	7,415			
Ensino Secundário (10º ao 12º ano)	15	18,87	7,918			

**\*\* Diferença significativa para p < 0,01**

Tabela nº 49 – Correlação entre CPOD e escolaridade

O valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para todas as categorias da escolaridade: verificam-se diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças significativas, através dos seus valores médios.

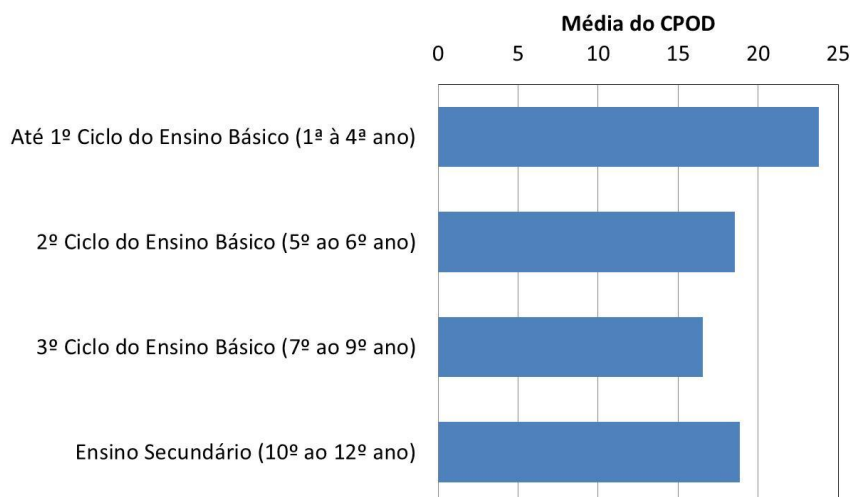


Gráfico nº 48 – Correlação entre CPOD e escolaridade

O valor médio do CPOD é superior para os que têm até 1.º ciclo, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, entre as escolaridades até 1.º ciclo / 2.º ciclo ou 3.º ciclo. Importante verificar que os elementos que dizem ter o ensino secundário, apresenta valores semelhantes ao do 2º ciclo.

c) **O local onde mora tem casa de banho?**

Não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico t de Student será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	p
Não	18	19,28	8,797	775,5	<b>0,294</b>
Sim	102	21,15	7,597		

Tabela nº 50 – Correlação entre CPOD e existência de casa de banho na habitação

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para ambos os grupos: não se verificam diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças não significativas, através dos seus valores médios.

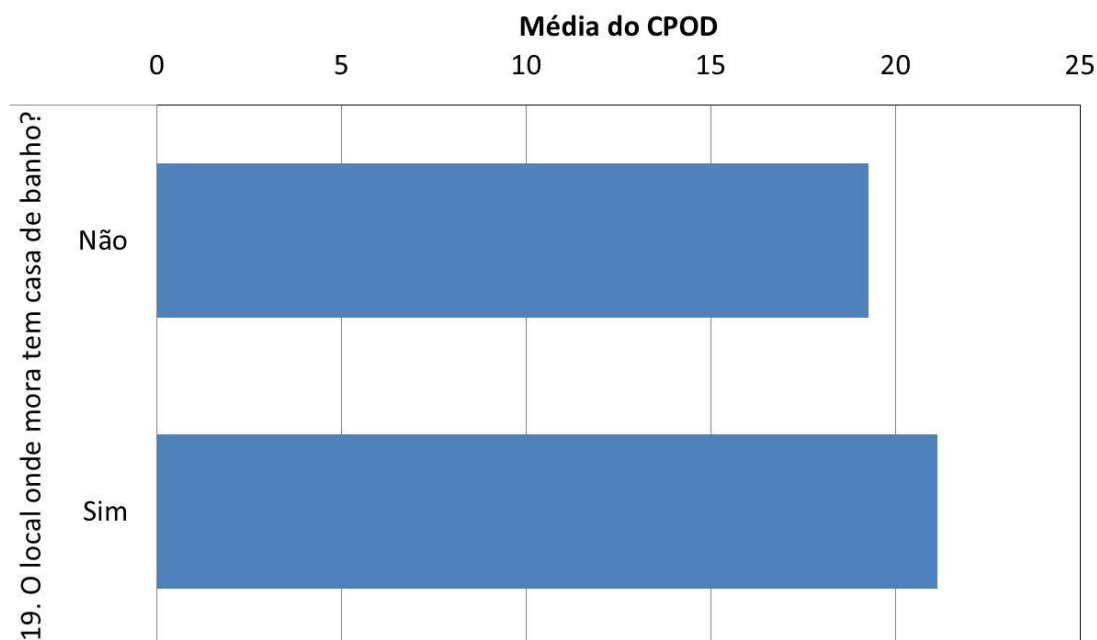


Gráfico nº 49 – Correlação entre CPOD e existência de casa de banho na habitação

Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que vivem num local com casa de banho, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.



**d) O local onde mora tem cozinha?**

Não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico t de Student será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	p
Não	38	18,71	8,090	1178,5	<b>* 0,032</b>
Sim	82	21,87	7,468		

\* Diferença significativa para  $p < 0,05$

Tabela nº 51 – Correlação entre CPOD e existência de cozinha na habitação

O valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para ambos os grupos: verificam-se diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças significativas, através dos seus valores médios.

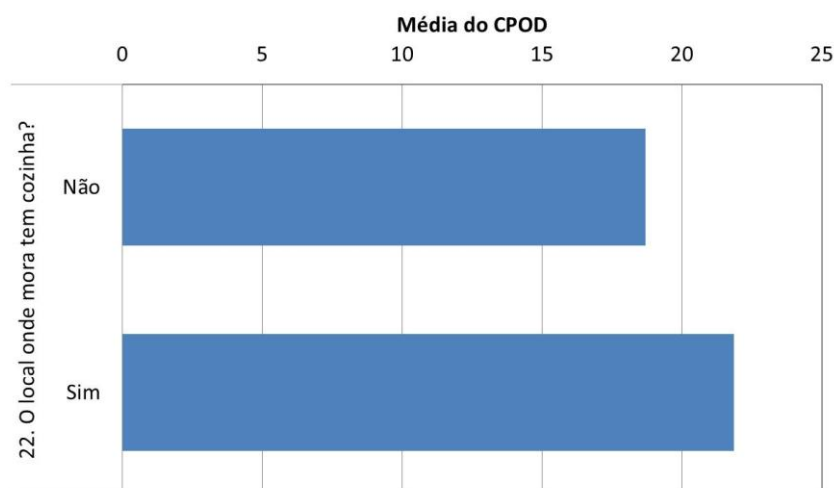


Gráfico nº 50 – Correlação entre CPOD e existência de cozinha na habitação

O valor médio do CPOD é superior para os que vivem num local com cozinha, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

e) **Quais os utensílios/ aparelhos/ instrumentos usados na realização da sua Higiene Oral?**

Utilizando a análise de clusters, com qualquer um dos métodos testados, foram constituídos dois clusters:

Clusters (Utensílios usados na Higiene Oral)

	Frequência	Percentagem
Cluster 1: utiliza escova, pasta, fio dentário, outros	95	79,2
Cluster 2: não utiliza escova, nem pasta, nem fio dentário, nem outros	25	20,8
Total	120	100,0

Tabela nº 52 – Utensílios usados na higiene oral

Como se pode observar pela análise gráfica: o cluster 1 (com 79% dos elementos da amostra) utiliza escova, pasta, fio dentário e outros, na sua higiene oral; o cluster 2 (com 21% dos elementos da amostra), não utiliza qualquer elemento apresentado no cluster 1.

Não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico t de Student será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	p
Cluster 1: utiliza escova e pasta	95	20,27	7,597	932,0	<b>0,098</b>
Cluster 2: não utiliza escova nem pasta	25	23,12	8,197		

Tabela nº 53 – Correlação entre CPOD e utensílios usados na higiene oral

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para ambos os grupos: não se verificam diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças não significativas, através dos seus valores médios.

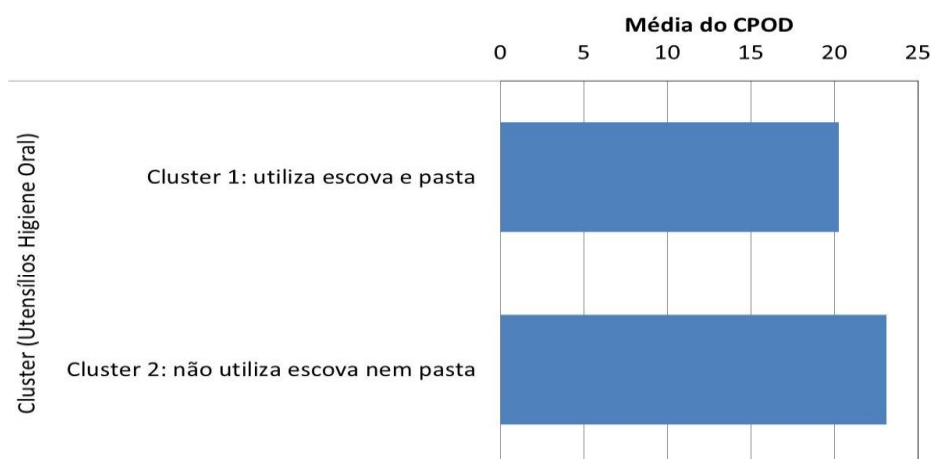


Gráfico nº 51 – Correlação entre CPOD e utensílios usados na higiene oral

Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que não utilizam utensílios da higiene oral. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

**f) Realiza escovagem dentária?**

Não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico t de Student será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	p
Não	35	21,89	8,235	1316,0	<b>0,321</b>
Sim	85	20,45	7,592		

Tabela nº 54 – Correlação entre CPOD e realização de escovagem dentária

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para ambos os grupos: não se verificam diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças não significativas, através dos seus valores médios.

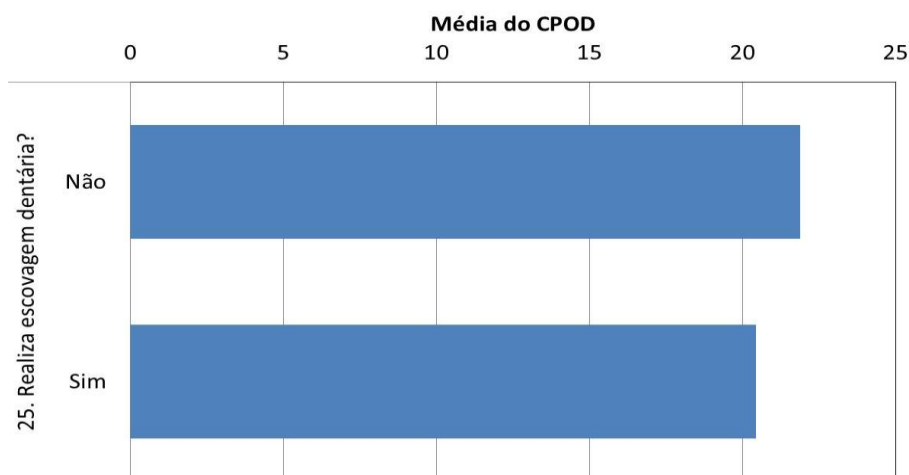


Gráfico nº 52 – Correlação entre CPOD e realização de escovagem dentária

Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que não realizam escovagem dentária, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

**g) Com que frequência realiza a sua Higiene Oral?**

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias mas não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável, nas categorias, em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico ANOVA será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, quando não se verifica um dos pressupostos:

	N	Média	Desvio padrão	Qui <sup>2</sup> <sub>3</sub> (KW)	p
Diariamente	45	19,58	7,206	3,788	<b>0,285</b>
Semanalmente	34	20,76	8,631		
Mensalmente	9	24,67	6,595		
Nunca	32	21,72	7,784		

Tabela nº 55 – Correlação entre CPOD e frequência de realização de higiene oral

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para todas as categorias da variável em estudo: não se verificam diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças não significativas, através dos seus valores médios.

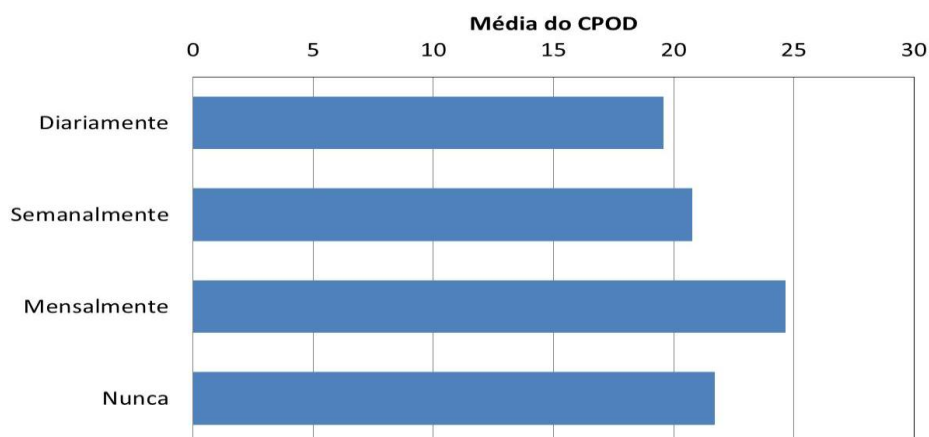


Gráfico nº 53 – Correlação entre CPOD e frequência de realização de higiene oral

Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que realizam a higiene oral mensalmente, e inferior para os que a realizam diariamente, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

#### h) Já consultou um Médico Dentista?

Não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico t de Student será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	p
Não	21	21,76	8,093	936,0	<b>0,474</b>
Sim	99	20,68	7,738		

Tabela nº 56 – Correlação entre CPOD e consulta a um Médico Dentista

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para ambos os grupos: não se verificam diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças não significativas, através dos seus valores médios.

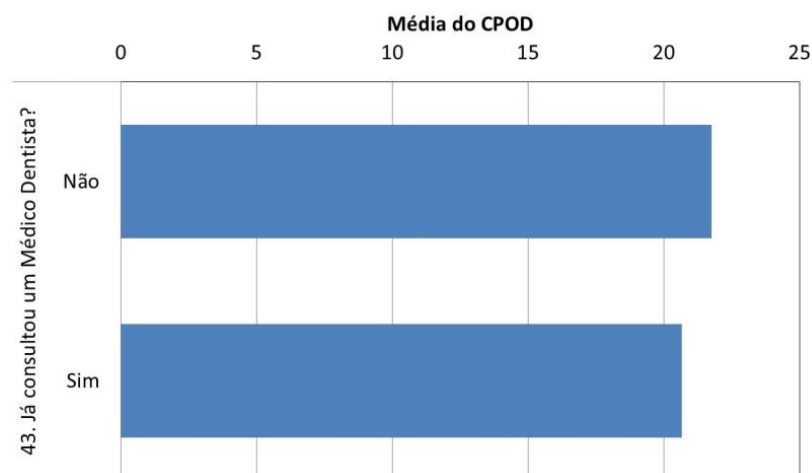


Gráfico n° 54 – Correlação entre CPOD e consulta a um Médico Dentista

Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que não consultaram um Médico Dentista, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

i) **O estado atual da sua Cavidade Oral constitui uma barreira para se integrar na Comunidade?**

Não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico t de Student será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	p
Não	40	19,63	8,926	1411,0	<b>0,292</b>
Sim	80	21,49	7,114		

Tabela n° 57 – Correlação entre CPOD e integração na comunidade

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para ambos os grupos: não se verificam diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças não significativas, através dos seus valores médios.

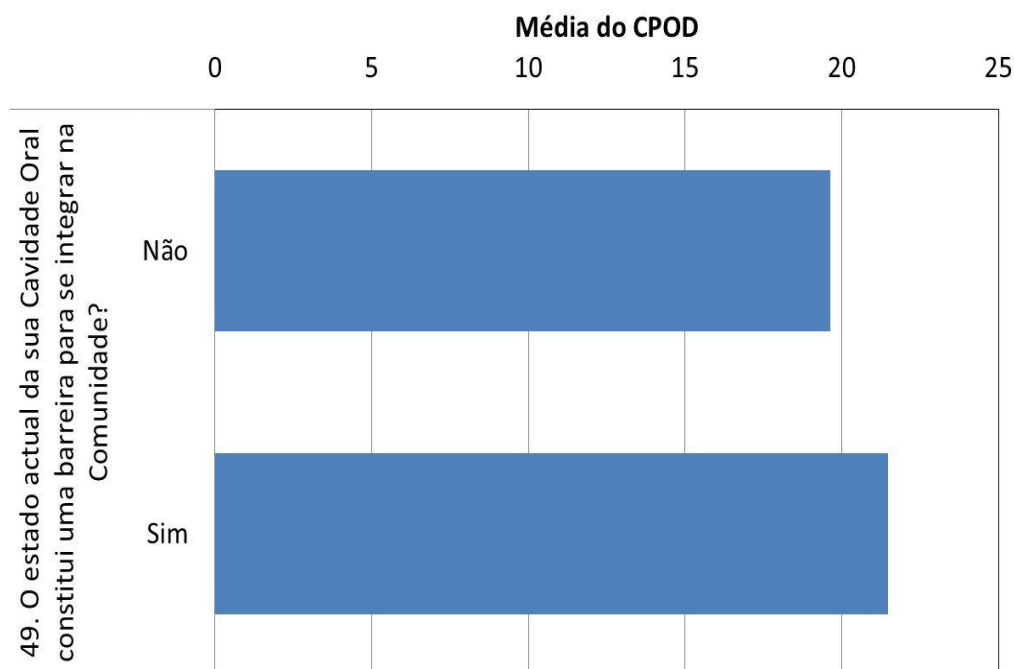


Gráfico nº 55 – Correlação entre CPOD e integração na comunidade

Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que consideram que o estado atual da Cavidade Oral constitui uma barreira para se integrarem na Comunidade, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativa.

**j) É adicto relativamente a alguma substância?**

Não se verifica o pressuposto da normalidade das distribuições da variável nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, o teste paramétrico t de Student será substituído pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	p
Não	43	22,84	7,684	1265,5	<b>* 0,032</b>
Sim	77	19,77	7,659		

\* diferença significativa para  $p < 0,05$

Tabela nº 58 – Correlação entre CPOD e Adictos

O valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para ambos os grupos: verificam-se diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças significativas, através dos seus valores médios.



Gráfico nº 56 – Correlação entre CPOD e adictos

O valor médio do CPOD é superior para os que não são adictos relativamente a alguma substância, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

#### A qual ou a quais das seguintes é adicto?

Utilizando a análise de clusters, utilizando o método de Ward, foram constituídos três clusters:

	Frequência	Percentagem
Cluster 1: álcool e roubo	13	15,3
Cluster 2: tabaco	25	29,4
<b>Cluster 3: drogas, metadona e tabaco</b>	<b>47</b>	<b>55,3</b>
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Tabela nº 59 – Substâncias às quais são adictos



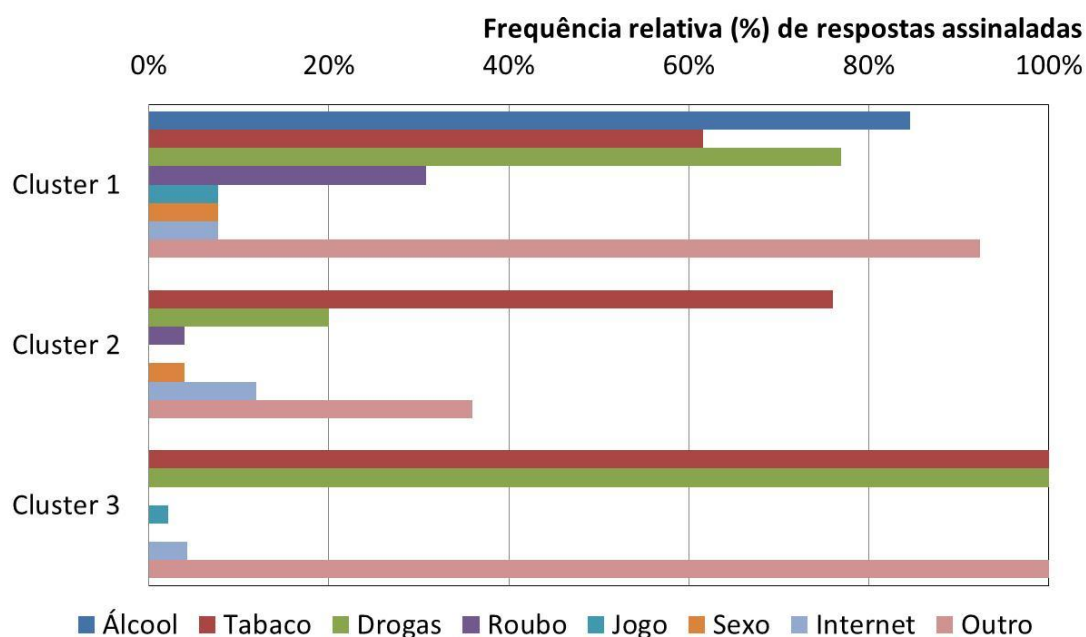


Gráfico nº 57 – Substâncias e situações às quais são adictos

Como se pode observar pela análise gráfica: o cluster 1 (com 15% dos elementos da amostra) é mais adicto em álcool e roubo, mas também em tabaco, drogas e outro, o cluster 2 (com 29% dos elementos da amostra) é mais adicto em tabaco e menos nos restantes tipos, o cluster 3 (com 55% dos elementos da amostra) é mais adicto em tabaco, drogas e outro.

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias e também o pressuposto da normalidade das distribuições da variável, nas categorias em estudo. Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, utiliza-se o teste paramétrico ANOVA:

	N	Média	Desvio padrão	F <sub>2,82</sub>	p
Cluster 1: álcool e roubo	13	22,77	8,084	1,542	<b>0,220</b>
Cluster 2: tabaco	25	18,64	6,569		
Cluster 3: drogas, metadona e tabaco	47	18,89	7,811		

Tabela nº 60 – Correlação entre CPOD e substâncias às quais são adictos

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da distribuição de valores do CPOD ser igual para todas as categorias da variável em estudo: não se verificam diferenças significativas.

De seguida, ilustram-se as diferenças não significativas, através dos seus valores médios.

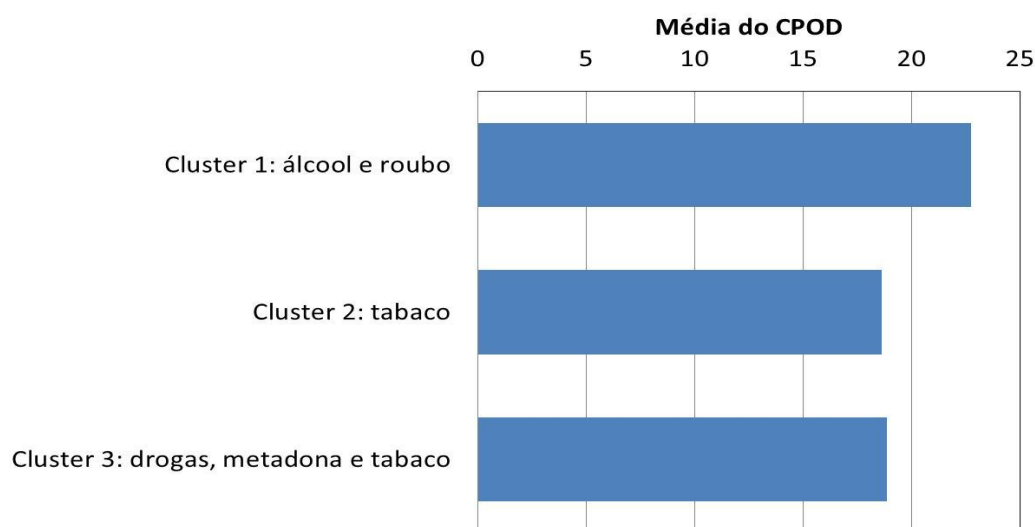


Gráfico nº 58 – Correlação entre CPOD e substâncias às quais são adictos

Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para o cluster 1: álcool e roubo, no entanto, sendo as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

## 2.7. Observação de terreno e histórias de vida

Como já foi dito na justificação da metodologia adotada, demos particular atenção, apesar de maior desenvolvimento de alguns dados quantitativos já apresentados, à metodologia qualitativa, aplicando os métodos de observação e de entrevista. A fluidez do contacto, já anteriormente referida quando mencionámos a grande mobilidade desta população, impediam uma observação sistemática a um grupo fixo, a não ser a amostra referida no inquérito para o Centro Social de Campanhã. Observámos em terreno um número de pessoas que ultrapassou as três centenas (360), mesmo que só 265 tenhamos preenchido o Inquérito e só tenhamos validado 120 dos mesmos para análise. Para os comportamentos e vivências observados, utilizámos uma grelha de análise muito simples (ver Anexo...), que possibilitasse o cruzamento de informação entre os serviços requeridos, as atitudes, os discursos sobre saúde e discriminação e a apresentação física e oral. Nessa grelha reservámos espaço para anotações avulsas, tipo notas de campo, que pudessem ser utilizadas mais tarde. A grelha foi aplicada de forma aleatória, ou seja, seleccionando as cinco primeiras pessoas que recorriam ao serviço das carrinhas da ARRIMO, fossem elas quais fossem.

Quanto às entrevistas, e pelas mesmas razões já apontadas, não nos era possível um contacto muito prolongado no tempo. Isto porque quando ele era possível, foi reservado para o Inquérito. A grande maioria dos informadores fugia a todo o contacto aprofundado. Por isso, as entrevistas foram totalmente abertas, muito breves, não estruturadas. Todos os entrevistados, com particular cuidado para os que tratamos em Histórias de Vida, foram informados sobre a razão da pesquisa, sobre a liberdade em participar nelas e da posterior utilização da informação prestada, salvaguardando o anonimato dos mesmos informantes.

Esta metodologia foi a resposta ao nosso paradigma de investigação, que procurava a abordagem holista e participativa. Como entendemos a saúde e a doença como fazendo parte de uma relação mais vasta do que as mutações biológicas, fisiológicas e traumáticas, procuramos ter uma perspetiva da população por nós estudada mais abrangente. Uma abrangência que correspondia ao próprio sentido do que é ser e estar doente, enquanto pessoa, com uma vivência histórica e dentro de uma comunidade social e cultural muito particular, a qual dá o contexto social e histórico para viver e entender a dor, a própria doença e as expectativas de cada utente. No caso particular das doenças orais, este contexto histórico, social e cultural é notoriamente marcante para as expectativas dos utentes. E tratando-se de grupos discriminados e excluídos, esse contexto histórico e social é ainda mais pertinente ter-se em conta, como vimos na parte teórica.

Assim, o modelo etnográfico (Martinez, 1991;1993) revelou-se particularmente importante dar-nos mais informação para tratar os dados recolhidos nos inquéritos e no estudo clínico. Este método deu-nos também uma nova experiência de relação com a população e os utentes de saúde. Como método extremamente relacional, implica o investigador com a comunidade estudada, situa-o num tempo e num espaço concreto, levando-o a comungar dos problemas sentidos e abrindo, desta forma, novas reflexões e interpretações sobre as políticas sociais, as sanitárias, interpelando para as questões da justiça e da equidade, para as quais aqui pretendemos chamar a atenção.

O processo de observação no terreno deu-nos uma visão do conjunto dos problemas e das dificuldades desta população, mas chamou-nos para a relação individualizada e para o problema concreto de uma determinada pessoa! Das nossas “conversas/entrevistas” daremos conta quando tratarmos da análise e discussão dos resultados, aprofundando os

dados registados no Inquérito e explorando os sentidos que algumas das “evidências” registadas nos podem fornecer, pois cruzámos a observação com essa informação rigorosamente tratada.

As características das pessoas observadas dão-nos “paisagens” de uma população que umas vezes nos transportam para as classificações do senso comum, que tantas vezes escutamos na rua, fruto da construção social preconceituosa sobre comportamentos e estilos de vida frequentes que entre estas pessoas; outras vezes, porque nos colocava na posição de cientistas e de uma exigência crítica, essas “paisagens” já nos eram, ao mesmo tempo, familiares e complexas. (Bardin, 1977; Bertaux, 1983; Lulle & Lucero, 1998). Entre a nossa proximidade e o nosso afastamento, vivíamos esse jogo entre um saber comum a todos e um não-saber inquietante, dada a perplexidade perante o que observávamos, tendo em conta o objeto da investigação. Foi esse não-saber que fomentou a curiosidade e o diálogo com a população estudada.

Aqueles e aquelas que procuravam as carrinhas da ARRIMO faziam-no por variadíssimas razões. Mas todos encontravam ali algo que lhes dava uma segurança perdida e um ponto de referência há muito perdidos. Apesar das dificuldades de cada um e da própria relação institucional, ali estavam, de um lado, pessoas com comportamentos, estilos de vida e marcas físicas e psicológicas que os colocavam em posição de fragilidade social; do outro lado, prestadores de serviços sociais e sanitários, de diferentes especializações, que regiam um poder adquirido, tanto pelo saber como pelos meios de que dispunham e que eram requeridos pelos que os procuravam. Ambas as partes negociavam essa posição e ambas tinham maior ou menor compreensão dos papéis que representavam.

A fragilidade dos utentes era evidente aos olhos de quem os observava. Características físicas degradantes, histórias de vida problemáticas e complexas, necessidades extremas e urgentes! Entre toxicómanos e dependentes económicos, entre prostitutas e portadores de doenças infetocontagiosas, entre ex-presidiários e pequenos delinquentes, a referida “paisagem” teimava em multiplicar-se pelo espaço por onde circulavam as carrinhas da ARRIMO. Uma realidade muito comum, muito conhecida de todos, mas sentida e vivida por cada um deles de formas muito particulares, pois foram as histórias de vida de cada um que ali os colocou e que nesse momento, marcava o percurso e o destino da

sua relação com o mundo. Não foi, portanto estranho que quiséssemos realçar algumas biografias dos nossos informantes (James & Prout, 1997; Prout, 2005).

### **Salomé (Nome fictício)**

#### **Salomé tem 34 anos e é travesti.**

*“Nasci no Brasil. Mas o que faço hoje não era o que eu esperava para a minha vida. Pensei em ir para Espanha ou Itália, pois diziam-me que lá se ganhava muito bem, mas que apresentava a contrapartida desta vida estar muito ligada ao mundo da droga. Mas depois, isso já nem era problema. Estava por tudo! Por isso cheguei a pensar partir para esses países, mas temi pela minha integridade física; e também não conhecia a língua! E assim fiquei aqui!*

*Vim para Portugal à procura de um trabalho diferente; um trabalho que fosse decente e ‘normal’. Mas acabei nisto!*

*Olhe, nasci homem, ‘casei’ com homens, mas sempre me considerei uma mulher. Quem me vê, vê uma mulher! Nem penso mudar de sexo, pois sinto-me bem na pele de travesti. Gosto de ser ‘assim’ e ‘eles’ não se queixam! Agora nada farei para mudar o meu comportamento ou a minha forma física.*

*Sou mesmo uma ‘garota de programa’! Ser ‘garota’, assim mesmo com este sotaque brasileiro, é uma mais-valia. Os clientes gostam de nós porque somos quentes. Também me podem tratar por ‘massagista profissional’. No entanto isso não passa de uma mera farsa, pois de facto os clientes quando pedem uma massagem o que querem mesmo é ‘foder’! Falar em massagem não passa de uma outra forma de falar de atividade sexual.*

*O meu dia de trabalho começa pelas 22h e muitas vezes, quando corre bem, vai até ao nascer do sol. Para além disso, há o tempo para os meus amores, os meus namorados. Esses são sempre homens! Com mulheres não quero nada. Não me dá gozo; não têm nada para mim! (ri-se).*

*Sou vítima de preconceito pelo facto de ser travesti e ultimamente por ser Brasileira. Por vezes ouço dizer que ‘as brasileiras já não são tão gostosas assim’! Cada vez temo mais quando estou na rua. Tenho medo de ser morta, como outros já foram! Veja o caso daquele travesti, que era meu amigo, que foi assassinado pelos miúdos! Mas é aí, na rua, onde arranjo mais gajos!*

*Apesar de ter desejado outra profissão, sou travesti de livre e espontânea vontade, não foi através de agência, não foi por intermédio de ninguém. E tenho um relacionamento muito pacífico com as outras meninas da rua. Não tem problema! Cada um fica no seu sítio. Quem faz melhor, ganha mais cliente! Na rua onde trabalho há duas meninas (prostitutas) a trabalhar também, e são grandes amigas minhas. São como família; estamos sempre unidas. Tanto eu como elas temos cada vez mais medo da*

*rua! Há cada vez mais violência. Todos os que por aí andam dizem o mesmo! Até já pensei trabalhar durante o dia, mas não dá tanto!*

*Se me fala de higiene oral (depois de interpelada sobre o assunto, pois apresenta ausências dentárias e alterações gengivais), digo-lhe que de 'oral' sou especialista (rindo-se muito)! Na verdade não me interessa muito disso. Só estou aqui para buscar a metadona e essas 'gajas' (as assistentes sociais) é que me disseram para vir aqui ver os dentes! Gente, essa não é a minha maior preocupação agora, topou?"*

**Álvaro (Nome fictício)**

**Álvaro tem 55 anos e é alcoólico:**

*"Não me lembro quando comecei a beber álcool, nem quando ele começou a fazer parte diária da minha vida. Sei que tinha cerca de 9 anos e já bebia um copo de vinho à mesa com o meu pai, com quem trabalhava durante o dia na taberna, em Trás-os-Montes, onde nasci.*

*Tive uma infância complicada se assim se pode dizer! Só fiz a quarta classe, que acabei aos 15 anos! Não estudei mais, pois tinha que ajudar o meu pai. Tinha poucos amigos e como se não bastasse, fui vítima de maus tratos por parte do meu próprio pai. Para que isso acontecesse, bastava apenas que alguma coisa não estivesse como esse boi queria. Já morreu!*

*Hoje sei que a origem desses maus tratos, difíceis de entender na altura e para a minha idade, estava exatamente no consumo de álcool que o meu pai fazia com bastante frequência durante todo o dia. Lembro-me de ver o meu pai a beber um copito de vinho às refeições e, depois, quando ia à tasca, ingeria a maior quantidade de álcool possível, numa espécie de desafio pessoal, fazendo crer aos outros que aguentava muito mais do que eles!*

*Aos 18 anos abandonei a casa dos meus pais e vim para o Porto à procura de trabalho. Trabalhei na construção durante 25 anos. Casei, tive 3 filhos e vivia uma vida feliz apesar dos sacrifícios e dificuldades económicas, que eram na verdade muito grandes.*

*Os meus problemas começaram com a crise na construção. Passei a trabalhar menos horas, e a ter menos 'serviço', a ganhar menos, e o 'pão' começou a faltar lá em casa! E como dizem, 'casa onde não há pão, toda a gente ralha e ninguém tem razão'. Começaram as discussões com a mulher, que trabalhava a dias nas limpezas. Olhe, depois ela até começou a pôr-me a mão em cima! Veja como eu estava!*

*Hoje, olhando para trás, estou arrependido de ter saído de casa dos meus pais assim tão novo. Iniciei um vício complicado e não soube cuidar de mim e dos meus como devia. Mas a vida é assim!*

*O meu casamento acabou! Saí de casa e fui trabalhar para o estrangeiro. Depois de ter saído nunca mais quis saber dos filhos, nunca mais quis saber de nada. Sentia-me um infeliz e, por isso, refugiava-me no álcool.*

*Voltei a Portugal, sem nada. Fui “aldrabado”! Sem nada, e sem pessoas a quem recorrer, procurei ajuda em instituições. Se não fossem estas instituições não tinha nada para comer! Agora, vivo apenas de uma pequena pensão e estou completamente só: sem família! Não sei nada dos meus seus filhos, nem eles querem saber de mim! Só estou bem quando estou completamente cheio de álcool, pois assim não penso em nada. Mas olhe que sinto vergonha de tudo e sinto vergonha do meu corpo. Assim sem qualquer higiene, a minha aparência é uma miséria! Já nada faz sentido! Ninguém me ajuda e eu também não consigo fazer mais”.*

Salomé e Álvaro são apenas dois entre muitos dos nossos informantes. As suas biografias mostram como “as voltas da vida” (e algumas opções menos acertadas), colocam nas margens da cidade e das instituições sanitárias uma multidão de pessoas que, de outra maneira, bem poderiam estar integradas nos serviços normais de saúde. Destas vivências e das suas perceções e expectativas trataremos na discussão dos resultados.

Como forma de conclusão, parece-nos ser importante referir que houve a preocupação em juntar toda a informação recolhida, isto é, estabelecer relações, para então poder estabelecer/fornecer, sempre que possível, uma justificação para os resultados obtidos, nomeadamente quando em discussão estavam as respostas fornecidas pelos observados, pelo inquérito proposto, pela observação direta odontológica e, utilizando toda a bibliografia usada em torno do tema, apoiando-nos em muitas das descritas técnicas de investigação qualitativa (Denzin & Lincoln, 2006; Green, 1998; Vera, 2005).

A informação recolhida permite-nos, agora, utilizar os dados fornecidos das aplicações metodológicas seleccionadas, onde cruzamos dados clínicos com dados sociológicos e antropológicos. Estes dados permitem-nos ter acesso a um conhecimento de grande utilidade para a prática clínica com estas populações, mas não só. Esta informação permite-nos, também fornecer dados e pistas para a definição de alterações a algumas das políticas/programas/projetos, que se relacionem com a saúde, dentro destas populações, e que sejam mais proativas, potenciando desta forma, e mais uma vez refiro, um significativo e notório melhoramento na Qualidade de Vida das mesmas (Illich, 1971; Borg, 1989; Cernea, 2002; Patton, 2002).

### **PARTE III**

## **CAPÍTULO I - DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

### **Introdução**

A pesquisa de terreno realizada, cujos resultados apresentamos na II Parte deste trabalho, oferece-nos material rico e variado a partir de uma amostra selecionada. Como justificámos na apresentação das metodologias empregues, o objetivo desta investigação era oferecer à comunidade científica ligada ao campo da saúde oral uma aproximação diferente. Uma aproximação que possa servir de exemplo, principalmente no caso português, pois ela oferece um paradigma a ser seguido, que acreditamos ser benéfico e motivador para outras aproximações. Às nossas inquietudes trouxemos a transdisciplinaridade do conhecimento e a variedade das metodologias. Nos resultados apresentados, e que de seguida iremos analisar e discutir, podemos chegar à voz e sentimento dos utentes marginalizados e excluídos do acesso à saúde oral, vítimas de processos de exclusão fundados nos seus comportamentos, nas suas pertenças sociais, nas suas “incapacidades” relacionais e económicas.

Os resultados que aqui queremos analisar dão-nos a oportunidade para confrontar esta “situação” de dificuldade de acesso à saúde oral com os resultados de outros investigadores que trataram temas próximos ao nosso, apresentados na I Parte, e que, agora, queremos voltar a questionar, de forma a construirmos as conclusões finais em que se resumem os dados disponíveis. É esta discussão que nos permite questionar a situação atual, ver as suas variâncias e seus cruzamentos sociais e semânticos, com o objetivo de colaborar para um outro olhar sobre esta população, que seja mais solícito relativamente às suas necessidades, aos seus problemas, e que contribua para que estes grupos sociais tenham oportunidade de mais conscientes da sua situação, ao mesmo tempo que usufruam de melhores condições sanitárias.

Sem falso pretensiosismo, temos como um dos objetivos desta pesquisa propor a alteração de comportamentos e das políticas sanitárias no campo da saúde oral com populações excluídas. Assim, tentaremos apresentar algumas sugestões que tornem mais eficazes as medidas de erradicação dos fatores impeditivos de uma boa saúde, de uma



melhor qualidade de vida nestas populações, mesmo sabendo das dificuldades inerentes aos espaços e pessoas associadas à marginalização e exclusão social. A reflexão de tais sugestões serviu para responder a algumas das questões levantadas durante esta pesquisa (Lincoln & Guba, 1985; Green, 1998).

A percepção de alguns profissionais de saúde presentes no decurso deste trabalho, nomeadamente nas ações de rastreio, nos programas de saúde, com promoção e educação para a saúde, que nos comunicaram e partilharam a sua experiência e dificuldades, permitiu-nos ler os dados recolhidos com mais informação e mais aproximada à experiência de longa duração. Conscientes dessas dificuldades e dos “impedimentos” sempre presentes e repetidos, muitos destes profissionais, apesar do seu esforço e dedicação, vêem-se defraudados na vontade de mudar o estado atual das políticas sanitárias para esta população, seja porque o Estado não fornece os meios necessários, seja porque a própria população não tem consciência da situação em que está.

Os dados recolhidos foram lidos também a partir do conhecimento da história natural da evolução das patologias verificadas. Esse conhecimento era a base de leitura da situação dos indivíduos estudados. Os demais elementos de análise, comportamentais, ecológicos, biológicos e sócio antropológicos forneciam-nos o contexto de enquadramento e de especificidade para relevar as prevalências, causalidades e interpretações vivenciais dessas mesmas patologias. Só com esta amplitude e transdisciplinaridade era possível, depois, partir para a proposta de formulação de políticas sanitárias (Strafford & Shellhaas, 2008). Escusado será dizer que nessa formulação de propostas tivemos de integrar princípios filosóficos e éticos que definem uma sociedade democrática, moderna e integradora, que tem na justiça e na equidade o seu fundamento.

A nossa intenção foi obter o máximo de informação para, na discussão da mesma, termos o material suficiente para responder aos principais objetivos da pesquisa. Toda a informação recolhida em trabalho de terreno, fornecida pelos utentes e intervenientes, foi tida em conta nesta discussão de resultados, esperando, com ela, contribuir para, na conclusão, apresentar as linhas mestras da pesquisa realizada.

### **1.1. Viver a exclusão, sonhar a solidariedade**

Como constatamos no nosso trabalho de terreno, a quase totalidade da nossa amostra – o que está de acordo com os objetivos e com os fatores de inclusão na mesma – está referenciada pelas características relevadas na I Parte desta pesquisa. As pessoas com quem trabalhamos, na sua grande maioria, são classificadas pela sociedade como pessoas “marginais” e, por isso, sobre as mesmas se constroem discursos e práticas de exclusão social. Uma pequena parte da nossa amostra, os idosos, não sendo classificados de “marginais” pelo discurso dominante, são, no entanto, tratados como se o fossem e vivem de facto a exclusão. No caso daqueles com quem trabalhamos, apesar do trabalho atento e profissional da instituição, vivem situações de grande privação social, tanto pelo facto de serem idosos, numa sociedade que privilegia o sucesso e a eficácia produtiva, como por terem origem em extratos sociais e espaciais marcados pela precariedade económica.

Um dos primeiros pontos a referenciar é a importância das relações espaciais com o fenómeno da exclusão. A população estudada vive em zonas da cidade do Porto marcadas por fatores urbanísticos, sociais e económicos que, na sua expressão mais sucinta, poderíamos classificar de “marginalizadas”. Não é estranho ao cientista social a relação entre espaços de grande precariedade urbana, habitados por classes sociais mais desfavorecidas, e uma construção social sobre as identidades e os comportamentos daqueles que neles habitam. Uma vez mais real, outras mais ficcionais, o que não é indiferente é o facto deste discurso de marginalização servir tanto para que quem vive fora os excluir, como para que aqueles que lá vivem se sintam e se comportem como excluídos!

Outra das características destes espaços é a diversidade das procedências dos que neles habitam e dos que neles circulam. Do nosso inquérito podemos constatar que os utentes da ARRIMO são de diversas procedências, tendo as freguesias do Porto e da área metropolitana a maior representatividade. Mas cerca de 30% tem naturalidade em regiões relativamente distantes, como é o caso da de Lisboa, ou até do estrangeiro. Veja-se o caso de haver referências à Irlanda, Inglaterra, Roménia, Espanha, Alemanha, Cabo Verde e Angola. A cidade e metrópole do Porto já são relativamente atrativas para uma imigração ainda incipiente. No entanto, a recente crise económica atinge de forma muito particular as franjas mais débeis da imigração, não sendo de estranhar que alguns

dos imigrantes se transformem em pessoas despossuídas e com graves carências económicas e sociais. Realidade que leva a situações de gravidade sanitária e de perda dos laços e processos institucionais que permitem os cuidados de saúde. Também não é de estranhar a presença de pessoas de áreas próximas à cidade, pois buscam no anonimato e nas possibilidades da cidade, as condições e os meios de suprirem dificuldades inerentes à sua situação económica e sanitária. A cidade, mesmo sendo penalizadora no anonimato desatento e despersonalizante, permite, ao mesmo tempo, condições mínimas de acesso a bens essenciais, que noutras circunstâncias só se obtinham dentro da rede familiar, ou assumindo na comunidade, onde todos se conhecem, riscos de uma maior discriminação social, dado a situação social e sanitária que a grande maioria desta população evidencia.

A freguesia de Campanhã, situada a ocidente da cidade do Porto e de alguma forma durante muito tempo marginal à mesma, acolheu no seu seio uma parte significativa dos aldeamentos sociais mais “problemáticos”. No imaginário da cidade alguns nomes de bairros sociais desta zona são confundidos com situações de marginalidade e ilicitude. Colocados à margem, não houve por parte dos decisores e responsáveis políticos vontade e disponibilização de meios para ultrapassar os condicionalismos urbanos e a auto marginalização que algumas destas comunidades se viram obrigadas a fazer, por várias ordens de razão, como o desemprego, as condições urbanas precárias, a assunção de estilos de vida que lhes davam mais segurança para enfrentar uma cidade que se lhes fechava, mas que depois se voltava contra a sua qualidade de vida. Uma situação que justificava a adoção de comportamentos ilícitos por uma pequena parte dos habitantes, mas que facilmente era colada à identidade dos restantes, duplamente vítimas da exclusão a que eram votados. É a freguesia de Campanhã que mais está representada nos nossos informantes e foi nela que se fez grande parte da nossa pesquisa de terreno.

Se a média de idades da amostra do inquérito é de 49,7 anos, e não esquecendo que nela consta um pequeno número de idosos do Centro de Dia, onde as idades altas são as normais, a média daqueles com quem trabalhamos e onde recolhemos a informação de terreno não vai além dos 35 anos. Uma população não muito jovem, mesmo que o mais novo, e que também participou no inquérito, tivesse 19 anos. Esta média de idades, 35 anos, está associada a uma juventude corporal e capaz! Poderíamos dizer que ela corresponde ao início da afirmação de plenitude no projeto de vida de qualquer pessoa.

E se olharmos para a prevalência do grupo de género verificamos ser o do sexo masculino o mais representado, com 67 % dos inquiridos, por exemplo. O grupo masculino, com esta média de idades, é aquele a quem a sociedade atribui as funções de prover a casa familiar dos bens e meios do seu sustento e viabilidade. Mas também é este grupo de género o que mais se aventura pelas experiências marginais, que corre mais riscos e que coloca o seu corpo em situações perigosas. Também é aquele que menos é penalizado socialmente quando adota estes comportamentos e que mais tem capacidade para viver isolado as consequências das suas decisões (Pais, 2004; 2006). O que não significa que não seja penalizado pela família: *“Fui discriminado pelos meus pais, pois sou toxicodependente”* (Ficha 2)! Este jovem adulto, do sexo masculino, mantinha uma grande autoestima, apesar desta discriminação parental, mesmo porque o resto da família, no caso o seu avô o tratava bem, vivendo inclusive com ele! A situação de discriminação era sentida quando à evidência de comportamentos marginais se somava a evidência da doença: *“Os médicos tinham nojo de me tocar..., mas eu mandei-os foder”*! (Ficha 3). Este homem adulto permitiu-se um desabafo ofensivo para responder a uma marginalização ofensiva. Apresentando-se mal nutrido, sujo, e com características de ressaca, estava consciente da dificuldade de acesso à saúde: *“A saúde é para quem a tem!... Nós não temos direito a nada. Por isso arranço os dentes à navalhada!”* (Ficha 3).

Quando olhamos para as suas preferências sexuais, não foi estranho que a grande maioria se afirmasse heterossexual (92,5 %). De notar que mesmo assim outras preferências foram referidas, tanto para a bissexualidade, como para a homossexualidade. De realçar, no entanto, que mesmo garantindo o anonimato e a segurança das suas privacidades, e tendo em conta a sensibilidade desta informação, podemos constatar ao longo do trabalho de terreno que algumas das informações formalmente recolhidas nas entrevistas e inquéritos não correspondiam à verdade. Assim, tanto por observação dos comportamentos, como por informação recolhida informalmente, podemos dizer que entre os nossos informantes o número de homossexuais era relativamente superior àquele que as estatísticas nos davam. Este ocultamento estava conforme às suas perceções de que essa opção sexual os penalizava quando abordados pelos serviços sociais e sanitários! Até algumas doenças os poderiam denunciar e marcar a discriminação: *“Sinto-me discriminado no hospital, porque ando lá a ser visto por uma coisa que tenho no cu”* (Ficha 4). Uma discriminação que fazia

deste adulto homem uma pessoa agressiva e pouco colaborante, numa atitude de resguardo. Ou então uma atitude desafiante e de segurança na sua opção, como a de Salomé:

*“Olhe, nasci homem, ‘casei’ com homens, mas sempre me considereei uma mulher. Quem me vê, vê uma mulher! Nem penso mudar de sexo, pois sinto-me bem na pele de travesti. Gosto de ser ‘assim’ e ‘eles’ não se queixam! Agora nada farei para mudar o meu comportamento ou a minha forma física.*

*(...)*

*Sou mesmo uma ‘garota de programa’! Ser ‘garota’, assim mesmo com este sotaque brasileiro, é uma mais-valia. Os clientes gostam de nós porque somos quentes. Também me podem tratar por ‘massagista profissional’. No entanto isso não passa de uma mera farsa, pois de facto os clientes quando pedem uma massagem o que querem mesmo é ‘foder’! Falar em massagem não passa de uma outra forma de falar de atividade sexual.*

*(...)*

*Sou vítima de preconceito pelo facto de ser travesti e ultimamente por ser Brasileira. Por vezes ouço dizer que ‘as brasileiras já não são tão gostosas assim’! Cada vez temo mais quando estou na rua. Tenho medo de ser morta, como outros já foram! Veja o caso daquele travesti, que era meu amigo, que foi assassinado pelos miúdos! Mas é aí, na rua, onde arranjo mais gajos!”*  
(H. V. Salomé).

Pode estar-se consciente e determinado na opção que se faz, mas a sociedade não deixa de ter atitudes discriminatórias nem tal situação deixa de acarretar riscos acrescidos! A discriminação pode ir até à cor da pele: *“Já fui muito mal tratado no hospital. Entrei lá quase a morrer e os filhos da p.... queriam-me matar”. “Como sou preto, pensam que não sou de carne e osso”*(Ficha 5).

Um dado a salientar nesta situação desfavorecida dos nossos informantes está na precariedade da sua formação escolar. A grande maioria não ultrapassou o 2.º ciclo do ensino básico! Tal situação, junta com a entrada em mundos desviantes e de toxicodependências, fez com que cada um deles, nos momentos de mais dificuldades, estivesse sem meios para superar a exclusão e a consequente discriminação. Daí que cerca de 96 % estivessem sem trabalho e dependentes de subsídios ou reformas! Assim, não é de estranhar as dificuldades em todos os âmbitos, nomeadamente nos sanitários: *“Os médicos são muito caros... O Estado não ajuda... mas eu preciso de dinheiro para*

*tratar os meus dentes...*”(Ficha 12). São estes os lamentos de uma mulher adulta, prostituta e sem meios para tratar os dentes que ela julga muito importantes!

Dado relevante é a falta de segurança familiar, mesmo contrastando com outras informações que referem ter habitação e ajuda da família. O que é certo é o facto de cerca de 60 % não terem um núcleo familiar de referência! Mas apesar das dificuldades e das situações de exclusão sempre mencionadas, não deixa de ser interessante o facto de alguns informantes reclamarem serem “Cabeça de Família”! Ou seja, mesmo em situação desesperada e vivendo na maior precariedade, reivindicam os seus papéis sociais! Isto quando eles na realidade não são praticados de facto, mas somente reivindicados de direito! Outras vezes há uma abdicação de tudo, pois a história de vida é demasiado dura para outras soluções:

*“Hoje, olhando para trás, estou arrependido de ter saído de casa dos meus pais assim tão novo. Iniciei um vício complicado e não soube cuidar de mim e dos meus como devia. Mas a vida é assim!*

*O meu casamento acabou! Saí de casa e fui trabalhar para o estrangeiro. Depois de ter saído nunca mais quis saber dos filhos, nunca mais quis saber de nada. Sentia-me um infeliz e, por isso, refugiava-me no álcool.*

*Voltei a Portugal, sem nada. Fui “aldrabado”! Sem nada, e sem pessoas a quem recorrer, procurei ajuda em instituições. Se não fossem estas instituições não tinha nada para comer! Agora, vivo apenas de uma pequena pensão e estou completamente só: sem família! Não sei nada dos meus filhos, nem eles querem saber de mim! Só estou bem quando estou completamente cheio de álcool, pois assim não penso em nada. Mas olhe que sinto vergonha de tudo e sinto vergonha do meu corpo. Assim sem qualquer higiene, a minha aparência é uma miséria! Já nada faz sentido! Ninguém me ajuda e eu também não consigo fazer mais”* (H. V. Álvaro).

A exclusão também se dá no espaço de habitação. Mas este é um dos pontos onde a nossa amostra e muitos dos nossos informantes mais fogem à realidade muitas vezes referenciada. Ou seja, a grande maioria escapa à condição de sem-abrigo. A maioria partilha casa ou apartamento, logo seguida daqueles que têm casa ou apartamento próprio. Só 9,2 % vive na rua e 2,5 % em barracas! A isto não é estranho o facto, que pudemos constatar, de também a maioria vir de zonas fora da cidade, permanecendo ligada a casas familiares, mesmo quando esses laços estão desfeitos.

## 1.2. Os comportamentos de risco, o discurso social e a doença oral

Decorrente do nosso trabalho de terreno foi notório a existência de situações marcadas por comportamentos de risco frequentes ou permanentes. A dependência do álcool, de substâncias aditivas e comportamentos sexuais de risco, como a prática da prostituição ou uma sexualidade descomprometida e sem os devidos cuidados, levava-os a riscos acrescidos ao nível sanitário (Edwards, Arif & Hodgson, 1981; Reidy, McHugh & Stassen, 2011; Friedlander *et al*, 2003; Robinson, Acquah & Gibson, 2005; Shiboski *et al*, 2005).

Como desenvolvemos na parte teórica do nosso trabalho, o alcoolismo é causa de graves situações de marginalização social, com graves consequências na saúde, nomeadamente na saúde oral. O caso exemplar de “Álvaro” mostra-nos como se pode chegar a este estado de dependência do álcool e como essa dependência provoca a exclusão social. No seu caso começa por uma autoexclusão, devido aos problemas profissionais e familiares, para, depois, se transformar numa exclusão por parte da sociedade.

*“Aos 18 anos abandonei a casa dos meus pais e vim para o Porto à procura de trabalho. Trabalhei na construção durante 25 anos. Casei, tive 3 filhos e vivia uma vida feliz apesar dos sacrifícios e dificuldades económicas, que eram na verdade muito grandes.*

*Os meus problemas começaram com a crise na construção. Passei a trabalhar menos horas, e a ter menos ‘serviço’, a ganhar menos e o ‘pão’ começou a faltar lá em casa! E como dizem, ‘casa onde não há pão, toda a gente ralha e ninguém tem razão’. Começaram as discussões com a mulher, que trabalhava a dias nas limpezas. Olhe, depois ela até começou a pôr-me a mão em cima! Veja como eu estava!*

*(...)*

*Sem nada, e sem pessoas a quem recorrer, procurei ajuda em instituições. Se não fossem estas instituições não tinha nada para comer! Agora, vivo apenas de uma pequena pensão e estou completamente só: sem família! Não sei nada dos meus seus filhos, nem eles querem saber de mim! Só estou bem quando estou completamente cheio de álcool, pois assim não penso em nada. Mas olhe que sinto vergonha de tudo e sinto vergonha do meu corpo. Assim sem qualquer higiene, a minha aparência é uma miséria! Já nada faz sentido! Ninguém me ajuda e eu também não consigo fazer mais”(H. V. Álvaro).*

O sentimento de vergonha expresso por “Álvaro” é comum a muitos dos nossos informantes! Um sentimento que leva a uma fuga do mundo, do convívio e da segurança nas relações familiares e laços sociais. A essa fuga é associada uma perda de autoestima, que, por sua vez, leva a um descuido na saúde e nos cuidados sanitários. Assim, aos riscos normais ligados ao consumo do álcool, como referenciávamos, juntam-se o descuido e a perda de uma identidade social que motive ao cuidado pessoal ordinário.

A adição a drogas é outro dos comportamentos de risco referenciados e muito frequentes entre os nossos informantes. A droga provoca, por si mesma, graves doenças orais (Robinson, Acquah & Gibson, 2005; Morio *et al*, 2008). Mas o mais grave, novamente, é à dependência somar-se um estado social de exclusão e marginalização social. Uma exclusão provocada pelo estado em que se está, mas também pela ignorância de direitos e de possibilidades: “*Não sabia da cobertura do SNS*” (...) “*Somos uns desgraçados*” (Ficha 5). Este informante apresentava-se desconfiado e com graves carências alimentares, para além de algumas lesões faciais. No entanto a sua postura era de que a vida que lhe estava já designada, não tinha volta a dar: “*Tenho a vida numa desgraça porque já estive preso, e agora não saio disto*”. A condição de “desgraçado” era, nas suas próprias palavras, a que melhor se adequava à sua situação: “*Tratam-me como um cão só porque não sou como os outros*” (Ficha 16); “*Tratam-me como se fosse um animal*” (Ficha 33); “*Eles olham para mim com este aspeto e querem logo é despachar-me*” (Ficha 24); “*Vêem-me lá, chamam logo os seguranças, quanto mais reclamo pior é*” (Ficha 5); “*Quem é que me vai dar trabalho a mim?*” (Ficha 19); “*Eu sei que corro riscos ao não usar a camisa, mas que é que eu vou fazer? Tenho que ganhar para comer*” (Ficha 45).

### **1.3. A prevalência das patologias orais e a situação social**

A observação realizada no terreno, entre as situações de graves carências sociais, económicas e sanitárias associadas aos comportamentos e estados de exclusão em que se sentiam e a que eram votados os nossos informantes, podiam também ser vistas nas características físicas que apresentavam, na situação do seu estado de saúde oral, visível a olho nu, mesmo sem a análise clínica que fomos fazendo a uma amostra da população em estudo.



Algumas dos desabafos dos nossos informantes eram diretamente ligados à incapacidade de assegurarem uma normal saúde oral. É certo que ao estarmos ali como médico dentista, era o problema mais crítico para os nossos informantes. Mas, para além das doenças propriamente relacionadas com a situação de alcoolismo ou de consumo de drogas e comportamentos de risco a nível sexual, como o VIH ou hepatites, um dos dados que saltava a um primeiro olhar era a precariedade alimentar e as graves situações de má saúde oral! Assim, não era de estranhar o dizerem “*Gostava de tratar dos meus dentes todos*” (....) “*Mas não tenho dinheiro e os dentistas são caros*” (Ficha 6); “*Não tenho dentes porque não tenho dinheiro... Nunca fui ao dentista!*” (Ficha 11); “*Não tenho os dentes todos em baixo, e precisava de placa*” (Ficha 4). Mas uma coisa é certa, poucos conseguem relacionar o seu mau estado de saúde oral com a sua vida e com os comportamentos de risco! Têm maus dentes ou simplesmente não os têm porque não têm dinheiro e os médicos são caros!

Para os nossos informantes a sua saúde oral está marcada pela sua situação social e a falta de acesso aos cuidados médicos. Um informante adulto (Ficha 9), que apresentava algumas alterações faciais decorrentes da prostituição e toxicodependência, justificava a sua má saúde pelos maus serviços de saúde, “prestados por estudantes”! Outras vezes invoca-se uma falta de tempo e oportunidade: “*Não vou ao dentista porque não tenho disponibilidade*” (Ficha 8). Frequente, é estar-se mal com a vida, não querer responder, numa vontade de “querer desaparecer” (Ficha 7).

Para além do problema mais comum nesta população, que é a ausência total ou parcial de dentes, verificaram-se também outros como a cárie dentária. “*Tenho os dentes todos podres Doutor.*” (Ficha 42).

A cárie é uma das doenças de maior incidência na infância a nível mundial, como vimos na primeira parte do nosso trabalho. Portugal não foge a esta regra. E ela é facilmente constataável, como consequência, quase imediata, da não atuação atempada. Tal facto vai ditar o resultado expectante na vida adulta. Numa perspetiva generalista, a cárie surge devido à existência de uma microflora oral propícia a ácidos a esta associados, em plena cooperação, que intervêm passo a passo e dão origem ao seu aparecimento (OMS, 2006; Pui, 2006).

Como dissemos na primeira parte, a gengivite, periodontite mais comum, conhecida como uma inflamação que ocorre na gengiva, é causada pela falta de uma boa higienização causando irritação provocada pela placa bacteriana (Trigo, 2001). Foi uma das doenças orais mais comuns nesta população. Raramente encontramos um utente que fizesse a sua higiene oral na quantidade de vezes necessária. *“Lavo os dentes dia sim, dia não. Sempre que lavo sangro, é por isso que nem gosto de lavar”* (Ficha 17). Este tipo de prática leva exatamente a que este processo inflamatório piore cada vez mais, sendo depois mais complicado iniciar uma boa higiene oral diária.

Por sua vez, a periodontite, uma inflamação crónica presente na gengiva, osso e ligamentos de suporte dos dentes, é também uma lesão encontrada com frequência nesta população. Principalmente na população mais idosa, onde chegamos a encontrar utentes com graus de mobilidade III: *“Tenho os dentes todos a abanar Doutor. Doem-me tanto”* (Ficha 74).

A sua causa tem a ver, fundamentalmente, com a presença de espaço entre os tecidos circundantes, onde se vai depositar a placa bacteriana. Posteriormente, pelas toxinas lançadas na cavidade oral, inicia-se o processo inflamatório, “deslocando” cada vez mais o suporte dentário. Inicialmente parece “apenas” ser uma gengivite (pela presença de edema, hemorragia e uma cor avermelhada escura). Mas depois, facilmente se percebe que a alteração existente não está apenas localizada nesta área circunscrita do dente, mas transitou para um plano superior, pondo em causa a sustentação do próprio dente, atingindo o osso alveolar (Trigo, 2001).

Já a erosão dentária, perda da estrutura química do dente devido à dissolução por ácidos que não são de origem bacteriana, foi também uma doença verificada em alguns utentes, principalmente em toxicodependentes. *“Tenho os dentes todos gastos, até tenho vergonha de os mostrar”* (Ficha 43). Encontravam-se numa fase crítica já, apresentando não só um espaçamento enorme como um desgaste muito acentuado.

Ao contrário do que acontece na cárie dentária e na periodontite, a erosão dentária, sendo também uma patologia do aparelho estomatognático, está na maioria das vezes relacionada com o refluxo gastroesofágico, provocado por alterações dietéticas, nomeadamente ingestão de bebidas carbonadas ácidas, sumos de frutas ácidos, vinagre, entre outros. Esta ingestão está aceite socialmente, independentemente do grupo social.

Leva a uma alteração da flora oral, pela existência de agentes químicos entre os quais (ácido cítrico, málico, carbônico, fosfórico), que incidem nos tecidos duros das peças dentárias, atingindo o esmalte (Mercier, 1969; Zero, 1996; Fushida & Cury, 1999; Franco, 2008).

#### **1.4. A consciência de si, a expectativa do outro e o futuro de todos**

Um dos grandes objetivos deste trabalho era analisar a questão do acesso aos cuidados sanitários, aos cuidados de saúde oral, ou, mais concretamente, à verificação de uma justiça ou equidade nesse acesso.

Tendo em conta as informações recolhidas junto dos nossos informantes, verificamos que uma grande maioria deles estava consciente dos seus direitos, ao mesmo tempo que tinha consciência de os não ver respeitados! Podíamos, assim, verificar uma relação paradoxal entre a situação real de serem excluídos e se auto excluírem das redes normais da prestação de cuidados de saúde, e ao mesmo tempo, de reivindicarem esses cuidados. A nossa informante da Ficha 12, prostituta, com prótese inferior esquelética, tinha consciência de que o Estado não ajudava, mas que os dentes eram muito importantes e, por isso, trabalhava para os tratar, dado os dentistas serem muito caros! Este era um serviço que procurava, quando teve noção que os profissionais ali presentes estavam a analisar os dentes. Tinha realizado a prótese na Alemanha, pois ali era mais barato esse serviço. Já o homem adulto da Ficha 9, apesar de muito debilitado pela prostituição e pela toxicodependência, e apesar de se sentir discriminado no hospital, vinha à procura de melhores dentes e tinha a informação sobre como os recuperar. Só a vida ilícita que o levou à prisão suspensa e que o colocava fora da sua “terra”, o impedia de lutar por esse desejo.

Há uma clara consciência de que o seu estado oral é causa de discriminação e de que, caso pudessem, teriam melhores dentes: *“Não gostava de ser assim... Tenho vergonha da minha boca”* (Ficha 1). Nesta mulher, vítima da rua e vítima da família (*“tenho um companheiro que me trata mal, mesmo que leve dinheiro para casa”*), a sua fragilidade é visível, tanto pelo estado físico, como pela vergonha do seu estado (esconde com a mão a boca). Existem aqueles que não se queixam, para não se incomodarem e não serem incomodados (Ficha 7). Mas também há aqueles que têm plena consciência dos seus direitos e são reivindicativos: *“Se um dia fosse discriminada, não me calava” (...)*

*“Existe o livro de reclamações”* (Ficha 6). Esta jovem adulta, mulher relativamente bem apresentada, tinha algo que a colocava em posição destacada em relação aos demais informantes: tinha o 12º Ano de Escolaridade! Não deixa de ser interessante este dado, pois verifica-se que os utentes com mais informação são também aqueles que têm maior escolaridade e educação. Muitos dos nossos informantes são críticos em relação ao governo e à falta de acesso à saúde em geral, e à oral em particular, mas fazem essas críticas sem grande capacidade argumentativa e sem um fundamento credível para as afirmações que proferem: *“Não há saúde em Portugal”* (...) *“Os pobres não têm dinheiro para pagar”* (...) *“A saúde é para os que roubam”* (Ficha 1). Uma crítica constante, mas desconhecendo os meios e os processos de reivindicar essa igualdade e equidade de acesso!

Na ARRIMO, os utentes têm noção de que são marginalizados. No entanto, entendem que a saúde oral é dispensável, comparativamente a outros elementos que pensam ser prioritários, nomeadamente a alimentação. *“Oh Doutor, eu sei que tenho que tratar os dentes, mas ninguém mos arranja de graça. E eu, com o dinheiro que tenho por mês, ou bem que arranjo os dentes, ou bem que como sem eles”* (Ficha 39). Já Silveira e seus colaboradores, em 2002, concluíram que as populações com piores condições sociais apresentam maiores dificuldades em vencer as doenças, no sentido em que não conseguem ultrapassar e alterar as condições ambientais e sociais que geram as referidas patologias; ou então porque não têm acesso, pela sua condição económica, a práticas capazes e eficazes de as tratar (Silveira, *et al.*, 2002).

Já no Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã, existe uma consciência geral da necessidade de intervir na saúde oral. No entanto, como a maioria tem rendimentos muito reduzidos, entendem que as prioridades têm de ser outras. Referem inclusive que se o acesso fosse fácil, como noutras áreas da saúde, não seria um problema. *“Eu vou ao Centro de Saúde, mas lá não tem Dentista...”* (Ficha 54). Situação, para a qual Melo e seus colaboradores já tinham alertado: *“A grande maioria dos Centros de Saúde, apesar de possuírem estruturas físicas aptas a serem usadas, não possuem médico dentista ou estomatologista para cuidar da Saúde Oral da população, nem mesmo da escolar”* (Melo *et al.*, 2005: 154).

O facto é que esse acesso não existe. E mesmo que existisse, com a subida das taxas moderadoras que se tem vindo a verificar, criava-se outro problema, que começa a ser

significativo para os utentes do Centro, pois os mesmos referem que evitam ao máximo deslocar-se a um hospital, tentando resolver os problemas de outra maneira, ou simplesmente esperando que estes passem com o tempo: *“Já viu o que se paga agora para entrar num hospital? Com a minha reforma de 200 euros, se vou ao hospital deixo logo lá 20 euros. Já me paga a conta da água do mês todo, por exemplo”* (Ficha 68).

## **CAPÍTULO II - PLANOS DE SAÚDE ORAL/ BENEFÍCIOS/DEVERES**

### **Introdução**

Confrontados que fomos com a informação recolhida, é nossa intenção neste capítulo relacionar esses dados com a informação recolhida sobre as políticas em curso pelas entidades sanitárias responsáveis. Se é certo que o direito à saúde está consignado na Constituição Portuguesa e os princípios da igualdade estão na base de toda a política social, numa sociedade democrática e de Estado Social (até ver), como é a nossa, será que essas políticas existem em documentos divulgados e em estratégias de intervenção assumidas? São claras para os profissionais de saúde estas políticas e são do conhecimento dos utentes e da sociedade? Quais são os responsáveis diretos na decisão e na sua implementação? Quais as suas virtudes e as suas debilidades? Haverá, por parte dos decisores uma clara noção da realidade do terreno, ou apenas respondem a questões de oportunidade, de estarem dentro dos programas definidos pelas autoridades internacionais no campo da promoção do acesso à saúde, da sua justiça, sem colocarem em prática políticas com planos estratégicos, meios humanos, e devido suporte técnico e financeiro? Os indicadores em que se baseiam as autoridades são válidos e estão bem fundamentados na realidade? Existirá um trabalho posterior de avaliação das políticas e das ações levadas a cabo pelos profissionais, de forma a melhorarem-se os planos estratégicos? A nossa população estudada tem conhecimento delas e das mesmas é diretamente beneficiada?

Muitas vezes somos levados a crer que as ações e políticas implementadas, muito credíveis e fundamentadas em estudos e ações internacionais, carecem de uma reavaliação e do contributo da experiência dos profissionais que trabalham no terreno, onde as dificuldades e os problemas são mais sentidos. Várias campanhas são implementadas, de promoção de saúde e qualidade de vida, de prevenção e instruções de higiene oral, realizadas em Escolas, Lar de Idosos, mas não há um trabalho posterior de análise e de estudo dos resultados. As campanhas de rastreio de Cancro Oral, promovidos na maioria das vezes por ONG e IPSS, e mesmo por clínicas particulares, sem qualquer apoio do estado, criam resultados passíveis de tratamento. Mas estes

resultados não são trabalhados, o que não permite validar as suas conclusões para influenciar novos planos e novas intervenções. Seria necessário organizar processos e instrumentos que permitissem coligir estes resultados, de forma a serem partilhados pela comunidade científica e, posteriormente servirem de base a novas políticas sanitárias. Por outro lado, uma abordagem num paradigma mais holista, onde os sentidos e vivências culturais fossem tomados em consideração, poderia contribuir para a melhoria desses novos planos e, conseqüentemente para a melhoria na qualidade de vida das populações, particularmente nas mais desfavorecidas, excluídas e onde a questão do acesso à saúde com justiça e equidade fosse mais problemática.

A importância da observação direta da População, da forma como esta vive e se relaciona, mesmo na nossa presença, deve ser tida em conta para um melhor enquadramento e para um apurado resultado da realidade existente. A população entende que facilmente deve ter acesso aos seus direitos, mas dada a sua condição social, não tem que ter deveres.

O interesse demonstrado pela Saúde Oral e a forma como os elementos observados abordavam este tema, foi motivo de grande reflexão pois, o que se constata, infelizmente é uma despreocupação absoluta, mesmo contrariando os resultados que obtivemos no inquérito. No entanto, facilmente se confirmam as carências em saúde oral com o recurso ao odontograma realizado e à visualização direta, durante as entrevistas produzidas.

## **2.1. PNPSO: há ou não conhecimento generalizado?**

O PNPSO, programa que está em decurso desde 2004, não é do conhecimento da maioria da população estudada. Questionados sobre a sua existência, os utentes dizem “*não terem sido avisados*” por ninguém, mesmo pelos seus médicos de família! A falta de informação é notória entre esta população.

Ora o PNPSO é um programa que pretendia responder a situações de carência sanitária oral em populações debilitadas, em risco, ou cujas características mostram a necessidade de um apoio acrescido e urgente no campo da saúde oral. Assim, ele apresenta benefícios a determinados grupos:

- Grávidas em vigilância pré-natal no SNS – SOG;

- Idosos, beneficiários do complemento solidário utentes do SNS - SOPI;
- Crianças e jovens com idade inferior a 16 anos - SOSI, SOCJ e SOCJI;
- Utentes portadores de VIH - SOHIV

Muitos dos elementos observados poderiam ser beneficiários deste programa e terem a este acesso, pois alguns preenchiam os pré-requisitos, pois eram portadores de VIH, grávidas, toxicodependentes com patologia decorrente, idosos com complemento solidário, entre outros. De facto, quando confrontados com esta informação, os nossos inquiridos respondiam que viam isso como uma oportunidade, uma “*lufada de ar fresco*” e sentiu-se que havia vontade em “*ter este direito*”. No entanto, quando aprofundávamos a pesquisa, verificou-se que alguns informantes referiam terem tido o cheque dentista para os seus filhos, mas não sabiam como lidar com esse facto, pois preferiam ter recebido o dinheiro em espécie! Verifica-se, assim, uma certa dificuldade em aderir a processos económicos com os quais não estão habituados e com os quais não sabem lidar.

Tendo em conta esta realidade, na relação estabelecida com esta população tivemos o cuidado de explicar e informar sobre os meios e processos de adesão ao PNPSO. Entendeu-se, assim, ser conveniente informar que este programa estava pensado para ajudar as populações ditas mais suscetíveis e com maior suscetibilidade de cárie dentária. Mas alguns, ao saberem-se excluídos deste plano, pois não estavam enquadrados nos grupos mencionados, sentiram-se mais uma vez marginalizados, e afirmaram-no de forma convicta e emotiva, “*Eu sou drogado e não tenho direito a nenhum cheque porquê? Não é justo*” (Ficha 32). Tentou combater-se tal ideia, mas poucos foram os que calmamente aceitaram tal facto. Repudiavam a ideia dos cheques serem entregues aos idosos, quando muitos destes até tinham melhores condições económicas, mesmo que isso não correspondesse, de facto, à verdade. Foi ainda visível a repugnância sentida em torno do investigador, quando este não conseguia resolver o assunto, pois, para os que estavam à espera, este encontro com um médico dentista era uma oportunidade para os tratar, reabilitar, sem quaisquer custos. Aliás, era um direito que lhes assistia! Apesar deste facto, o investigador, junto de algumas IPSS, conseguiu-se intervencionar todos os elementos que não poderiam usufruir do cheque dentista, a



custo insignificante, o que foi muito dignificante e mereceu rasgados elogios por parte dos utentes.

O plano foi criado pela quase total ausência de apoios ao nível da saúde oral. Foram contemplados determinados grupos dentro dos ditos marginalizados onde temos os idosos e os portadores de VIH, há relativamente pouco tempo. O PNPSO pode vir a abranger outros grupos populacionais por despacho do Ministro da Saúde. Isto até porque consta que a verba a ser utilizada para o cheque-dentista aumentará durante o ano de 2013.

Os cheques-dentista são guias que dão acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Através dos cheques-dentista, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) procura avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais. É necessário, no entanto, que a maioria da população tenha acesso ao mesmo, o que de facto não acontece. Além disso, muita da população, já com alterações significativas na cavidade oral, acaba por piorar a sua situação, pois este mesmo cheque não cobre a reabilitação oral (há casos muito específicos em que há colocação de prótese dentária e o custo é suportado pela DGS, em 75% do valor total. Para que tal aconteça é necessário cumprir alguns dos requisitos solicitados pela própria DGS. Esta informação deverá ser do conhecimento do Médico Dentista mas e fundamentalmente do médico de família, pois este inicia todo o processo. Verifica-se que a maioria dos elementos não têm tal informação), que constitui, na ausência, uma forma inegável de exclusão na população em geral, atingindo patamares elevadíssimos nos doentes portadores de patologias altamente marcantes e estigmatizantes.

Esta alteração, ocorrida em 2009, não foi do conhecimento da maioria desta população, continuando esta mesma a achar que apenas se direccionava às crianças, pois foi essa a principal população-alvo deste plano aquando da sua implementação e não a outros grupos marginalizados. Importante referir que este plano não é estanque e portanto esperam-se alterações de adaptação e de melhoria ao longo dos anos que se avizinham. Eventualmente o facto de haver mais disponibilidade económica, poderá ser o grande passo para que outros grupos sejam incorporados. (Ministério da Saúde, 2009)

Já no final de 2012, houve uma pausa na emissão de cheques dentista para jovens, que voltou à normalidade logo no início de 2013. (OMS, 2012). Importante salientar que qualquer um dos grupos anteriormente indicados devem cumprir determinadas regras, entre as quais, as mulheres grávidas são apenas aquelas que são acompanhadas pelo SNS, os idosos têm que declarar que recebem o Rendimento Solidário e as crianças, devem estar agrupadas nos grupos etários correspondentes, atendendo-se muitas vezes ao ano de nascimento das mesmas. Nas idades de transição, em que se verificam alterações significativas nas peças dentárias, é possível a emissão de cheque dentista, desde que este seja solicitado pelo médico de família. Ressalve-se que os elementos portadores de VIH são os que têm acesso ao maior número de cheques, pelas implicações orais que decorrem da própria patologia e pela polimedicação que normalmente os acompanha vitaliciamente (OMD, 2012).

## **2.2. Benefícios sociais na saúde oral**

Tendo consciência de que o PNPSO não responde à maior parte das carências em saúde oral da nossa população estudada, queremos aqui relevar alguns dos meios e das instituições que cumprem esses serviços e a relação que estes utentes têm com as mesmas.

Na verdade, os benefícios existentes na saúde oral limitam-se ao atendimento hospitalar, quando este possui a valência da estomatologia, aos cheques dentista, quando se enquadram nos grupos pré-definidos, aos Centros de Saúde onde ainda funciona a medicina dentária e a comparticipação terapêutica, desde que esta seja fundamental para travar doenças infetocontagiosas. Dado o estado atual do país, a nível de financiamento da saúde, entende-se que alguns destes benefícios devem ser ponderados, havendo inclusive já alterações relativamente ao cheque dentista e à comparticipação terapêutica, mesmo nos casos de doentes com patologia infetocontagiosa.

Assim, para melhor visualização dos benefícios, temos:

- Cheque dentista
- Hospitais públicos com especialidade em Estomatologia
- Centros de Saúde com consultas em medicina dentária

- Medicamentos genéricos

É visível e conhecido o grande desinteresse no que concerne à saúde oral, independentemente dos avanços e das lutas travadas pelo OMD. Mas o que se percebe é que a medicina dentária ainda não é vista como fundamental para o bom funcionamento da saúde.

Este tema tem sido muitas vezes discutido em sede parlamentar, mas poucos são os avanços. Apesar de haver alterações significativas em muitos países da Europa, os utentes portugueses sentem este desinteresse até na forma como são tratados, a nível privado e público. Referem mesmo, alguns dos utentes que avaliamos, que *“ir ao hospital ou ao matadouro, é o mesmo, pois quase não nos olham e portanto continuamos com os mesmos problemas”* (Ficha 19). Dizem que os tratam mal, ou lhes prescrevem medicamentos, ou lhes “arrancam” os dentes! Adendam que quando até podem recorrer a uma clínica privada, as coisas se passam de forma diferente. Mas, mesmo assim, há casos em que os médicos não são humanos e os tratam de qualquer forma, acentuando a perceção de marginalização. Alguns exemplos destes são descritos em ficha clínica e pudemos constatar durante a nossa avaliação: *“Tratam-me como um cão só porque não sou como os outros”* (Ficha 16). Outro exemplo esclarecedor consegue obter-se na (Ficha 33): *“Tratam-me como se fosse um animal”* Sente-se portanto uma grande revolta em torno deste tema. Vários são os que indicam o tempo de espera hospitalar, para consulta de estomatologia, como fator impeditivo do tratamento, pois chega a demorar 1 a 2 anos! O mesmo acontece junto dos centros de saúde, onde as listas de espera ultrapassam largamente este período de tempo, e os serviços prestados apenas dão resposta quando há necessidade de exodontias ou de prescrição. Houve relatos de utentes que não foram atendidos pois apresentavam úlceras na face e eram identificados como portadores de VIH, e o médico não efetuou a consulta, enviando-os para os hospitais da competência.

Atendendo às populações estudadas, devemos enquadrar estas informações sempre com alguma reserva, isto porque, mesmo durante os inquéritos realizados, se detetaram algumas discrepâncias, entre as informações fornecidas pelos doentes e aquelas que já estavam na posse dos assistentes sociais e médicos de família.

Enquanto Médico Dentista e Investigador, e porque entendemos necessário desmistificar alguns aspetos, na relação que estabelecemos com a população por nós estudada, fizemos algumas observações e tentamos explicar que a ideia que tinham não correspondia totalmente à verdade. Nem sempre é possível atender todos os doentes de igual forma, pois as patologias também são diferentes. Houve necessidade de esclarecer estes elementos várias vezes. O que era obtido como resposta, na grande maioria dos casos era: *“Não me goze”, “Acha que não sabemos que esses fulanos só querem é o dinheiro do povo?”; “ só querem é ver as pessoas dentro dos seus consultórios para ganharem mais”(...)* *“Somos lixo”!* (Ficha 22). Nestas alturas havia uma alteração comportamental significativa.

Uma medida que tem vindo a ser muito bem recebida por parte da população em geral, e particularmente daqueles que economicamente não conseguem responder às necessidades que sentem diariamente, é a introdução dos medicamentos genéricos. Conseguem obter o mesmo princípio ativo, por valores significativamente mais reduzidos. No entanto, houve casos em que entendiam esta medida como excludente, pois os que “tinham dinheiro” continuavam a ter acesso aos medicamentos, que segundo eles, eram muito melhores e faziam muito melhor.

Em jeito de conclusão, poder-se-á dizer que os benefícios sociais existentes são escassos, mas que mesmo assim, não são todos usados de forma satisfatória. Relembro o que se constatou com elementos que possuíam o cheque dentista para os seus filhos e não os usaram, pois seria mais vantajoso o dinheiro. Existem de facto medidas que devem ser tomadas para melhorar as condições da saúde oral, e torná-la num bem essencial e equitativo. No entanto muito já foi realizado e está em decurso. O facto de se estar a atravessar uma grande alteração política, não tem vindo a ajudar, pelo contrário. De notar ainda que estas populações ainda têm muito enraizada a ideia de que tudo deve ser oferecido, tal como várias vezes referido durante este trabalho. Mas tal noção, por razões óbvias, decorrentes da atual situação das finanças públicas, tende a desaparecer. No entanto, é entre estas populações, paradoxalmente, que a ideia de gratuidade dos serviços é mais reivindicada, mesmo tendo uma experiência de dificuldades e de injustiça no acesso aos cuidados sanitários!

Não deixa, contudo, de ser verdade, que a sociedade vê no Estado a instituição com certas e intransmissíveis responsabilidades sociais. E, de facto, elas estão previstas,

como é o caso do cheque dentista, da existência de Hospitais com a especialidade de estomatologia, dos Centros de Saúde com consultas de medicina dentária e, ainda, medidas adicionais para quem depende do RSI. Contudo, a maioria da população observada, tal como já referido, não possuía informação quanto aos serviços diretamente relacionados com a Saúde Oral, nomeadamente à existência do cheque dentista ou mesmo dos serviços de Estomatologia, que ainda existem dentro de alguns Hospitais. Tal facto é, lamentavelmente, verificado, o que pressupõe a necessidade de implementar meios de intervenção e de divulgação, por parte dos diferentes responsáveis da promoção da saúde.

Sobre alguns dos elementos que aqui são referidos, quando cruzadas as variáveis, consegue-se perceber que, apesar do utente ter algum conhecimento em saúde oral, este em nada corresponde à realidade e consequentemente, as responsabilidades sociais, ao existirem, não são exercidas corretamente, pelo desconhecimento manifesto pela maioria.

O conceito de responsabilidade social, tido pelos utentes/observados, está longe de ser o pretendido. Apenas lhes interessa saber como podem ter acesso aos rendimentos mínimos, ou RSI, às comparticipações nas taxas hospitalares, aos desvios de impostos (IRS), porque a “saúde é cara”; enfim, o que entendiam ser o que mais os beneficiava. Aliás, mesmo durante o rastreio, situações houve em que se constatou tal situação. Alguns elementos estavam bastante mais interessados em saber o motivo do corte do seu subsídio, do que saber do estado da sua cavidade oral. Houve duas ou três situações em que se promoveu informação de promoção e prevenção, pois as pessoas entendiam que nada era mais importante do que os vários subsídios, que eram seus, “*por direito*”. Quando lhes era fornecida informação que não lhes era favorável, os ânimos alteravam-se e havia algum perigo físico. No sentido de apelar à tranquilidade e informar sobre o acesso mais condizente com as suas economias, deu-se a conhecer a existência de universidades e faculdades, assim como policlínicas, que realizavam tratamentos de baixo custo, o que lhes permitia melhorar a sua cavidade oral. Entendemos, porque fomos questionados sobre isso, fornecer o nome de algumas destas instituições e IPSS, o que foi muito positivo para os elementos avaliados. Alertámos para o facto destas instituições praticarem estes valores, por perceberem perfeitamente as dificuldades existentes e sentidas por todos, e não porque se praticava uma medicina diferente e de

má qualidade. Sentimos que isto era particularmente problemático para os nossos informantes!

O acesso à saúde oral, num contexto paradigmático que é o das populações excluídas e marginalizadas, exige que tenhamos sempre presentes estratégias concretas e que estejamos sempre atentos a toda uma informação social que complete as vivências sociais dessas populações.

### **2.3. Responsabilidades das instituições intervenientes no projeto**

É neste contexto de dificuldades económicas e estratégicas, de falta de meios e de políticas eficazes de informação e de prestação de serviços sanitários em populações tão particulares como aquelas por nós estudadas, que surgem instituições saídas da sociedade civil, ONG que prestam serviços de alto-relevio. Colocar em prática os programas e planos de saúde lançados pelo governo não é particularmente fácil, ora por dificuldades físicas, ora por impossibilidade do pessoal administrativo, ora porque não há financiamento, ora simplesmente porque é mais fácil deixar ver o que vai acontecer! O Estado assume responsabilidades, define estratégias e marca responsabilidades para as quais nem sempre encontra os meios ou as vontades de implementação. Não raro é o caso do Estado ser mais exigente do que o que realmente consegue implementar! Também não é raro da parte desse mesmo Estado ter planos e políticas bem definidas, mas cuja preocupação pouco ultrapassa o papel onde os planos e as políticas estão escritas! Por isso, não raro também é o facto de ser a sociedade civil, instituições saídas de grupos religiosos, de grupos de cidadãos ou outras com mais ou menos história a implementar e a oferecer às populações mais carenciadas os serviços que competia ao Estado prestar.

Estas Instituições mostram uma disponibilidade extraordinária para cumprir medidas de justiça no acesso à saúde, mesmo quando os recursos técnicos e financeiros são escassos! Estão sempre disponíveis para procurarem alternativas que possam de forma satisfatória dar resposta aos seus utentes, designadamente para melhorar a sua qualidade de vida. Deverá ser dada especial atenção ao facto de muitos doentes entenderem que são as próprias instituições quem devem, sem conhecimento prévio, proceder a todos os pedidos. Ou seja, a relação que os utentes têm com estas instituições são de tal proximidade e frequência, que estes utentes entendem ser os seus serviços inscritos

dentro da responsabilidade pública do Estado, não compreendendo o voluntarismo da sua ação e as dificuldades dos seus meios. Assim, relacionam-se com estas instituições como num diálogo com um Estado ausente, mas que se presume estar ali a cumprir uma “obrigação”.

Uma das instituições com quem trabalhamos foi a ARRIMO. Esta é uma das ONG que cumpre um impressionante papel de serviço e dedicação a populações excluídas e marginalizadas. Disso tinham conhecimento os utentes e a ela recorriam, solicitando os mais variados bens e serviços. Os técnicos e membros desta instituição ali estão prestimosos a atender e a dar o melhor de si mesmos, tentando responder a essas expectativas dos utentes. Mas o que se constatou no terreno, e pelas várias questões levantadas durante todo este processo de investigação, foi que eram poucos os elementos voluntários que entendiam claramente as medidas de ação para responder às necessidades sentidas por esta população. Limitavam-se a minorar as suas angústias, fornecendo-lhes metadona, ou arrançando-lhes forma de receberem RSI, ou apenas dando-lhes preservativos. Sente-se uma forte necessidade de trabalho multidisciplinar, para que tudo funcione de forma coerente e sem recurso a dados pouco fiáveis. Seria importante partirem para o terreno equipas preparadas para ver o doente como um todo e não como um simples marginal, que necessita de substâncias tóxicas para continuar a viver.

Foi possível verificar que os técnicos presentes no terreno se limitavam, por várias ordens de razões, técnicas e financeiras, a tentar resolver problemas pontuais, e que possuíam uma atuação pouco interventiva e de pouca promoção à alteração das situações verificadas. É constatável a necessidade de uma ação mais interventiva, com mais conhecimento da realidade, nomeadamente na identificação dos principais problemas de saúde, nas suas principais carências, do seu historial e enquadramento socioeconómico, mais informação sobre elementos que intervêm na exclusão, dialogando com os projetos pessoais de cada um dos utentes, presos a um mundo de onde têm dificuldade de sair.

Enquanto estivemos em rastreio, muitos foram os casos analisados em que sentimos necessidade de encaminhar para instituições públicas ou IPSS, pois havia uma necessidade emergente a resolver. Casos houve, por concordância com o médico responsável, em que tivemos necessidade urgente de atuar terapêuticamente, mas em

que tivemos de ficar por esse ato médico, sem mais nada podermos fazer, o que mostra os limites e dificuldades de intervenção neste meio. Mas só o facto de termos conseguido enquadrar todos os elementos necessitados em serviços de IPSS, garantindo-lhes tratamentos e reabilitação, foi sem dúvida, por si só, um grande marco deste trabalho de intervenção!

É importante referir que alguns dos elementos observados referem mesmo que “Se não fossem as carrinhas deles, morríamos à fome” (Ficha 12); “É na ARRIMO que vou sempre almoçar e tomo banho, se não fossem eles...” (Ficha 18).

Constata-se, portanto, que a Saúde Oral é uma área pouco dinamizada e aprofundada dentro e fora dos grupos desintegrados. O fator económico é muito preponderante e acaba por afastar as pessoas que ainda pensam na Saúde Oral. Do que se entendia como fobia aos médicos dentistas, quase ou nada foi identificado, ao contrário do que seria espectável.

A ARRIMO é e será sempre uma instituição de referência, independentemente das limitações que possui, pois tentou sempre encontrar a melhor resposta para os seus utentes, independentemente de área em estudo. O acesso à saúde oral passou também a ser uma das áreas de grande interesse.

Já o Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã fornecia outro contexto de trabalho e respondia a outro tipo de necessidades. Há nos responsáveis desta instituição plena consciência da necessidade em intervir na promoção, prevenção e tratamento da Saúde Oral. Nunca tiveram, até então, quem, de forma completamente livre e independente, se predispusesse a fazer tal trabalho, livre de qualquer ónus.

Foi interessante verificar que apesar de não haver quem fornecesse informação sobre higiene oral, os utentes deste lar, terminadas as refeições, dirigiam-se de imediato para o WC, no sentido de procederem à escovagem dentária ou protésica.

Depois de questionar a pessoa responsável pelo lar sobre esta tarefa, fomos informados de que isto era um ritual “imposto” pela própria vereadora, que se interessa de sobremaneira pela saúde oral. Os utentes tinham ao dispor as suas escovas e os lavatórios para bochecho posterior. Muitos destes materiais eram fornecidos gratuitamente pela própria vereadora. Foi-nos ainda possível verificar que muitos eram



aqueles que usavam fio dentário, o que não é nada comum, até pela idade que tinham e pelas limitações físicas que apresentavam. O que se consegue depreender é que as diligências efetuadas pelas pessoas responsáveis por determinadas áreas, são um elemento preponderante para a efetividade de promoção de saúde: *“A Vereadora é uma querida... é ela que cuida de todos nós aqui no centro” “Sempre que precisamos de algo ela tenta resolver”* (Ficha 88). *“É a nossa segunda casa, passamos aqui o dia, entretidos e depois vamos descansar.”* (Ficha 92).

### **CAPÍTULO III - RESULTADOS FINAIS**

É-nos pedido, não expressamente, que neste capítulo, se consiga de forma concreta e concisa, expor sobre os resultados obtidos e destes tirar ilações, que estejam perfeitamente enquadradas e relacionadas com os objetivos da investigação, com a população estudada e os locais onde foram recolhidas as informações.

Houve um cuidado acrescido, como já referido, em analisar de forma completamente isenta todos os resultados obtidos, apenas usando as variáveis observáveis e avaliadas in loco, baseando-se toda esta avaliação final do trabalho numa análise pura dos dados recolhidos qualitativa e quantitativamente.

A importância em recolher informações em diferentes locais desta cidade do Porto, em zonas mais ou menos problemáticas, foi também tida em conta para que os resultados refletissem grande heterogeneidade.

Os condicionalismos com que nos deparamos, apesar de antecipadamente termos preparado a nossa atuação nesse sentido, foi o que mais nos marcou, quer pela positiva quer pela negativa, pois muitas vezes o Investigador esteve na iminência de ser maltratado, física e verbalmente. O que de facto não aconteceu, pela capacidade de controlo já desenvolvida nas muitas intervenções de campo e com diferentes populações, nomeadamente em outras referidas como marginalizadas: doentes portadores de alterações oncológicas que sofrem, para além de todo o seu estado orgânico, alterações no seu estado físico e na sua aparência, motivo pelo qual são colocados num diferente patamar pela nossa sociedade; doentes de Alzheimer; doentes institucionalizados, etc.

O conhecimento das áreas geográficas e das instituições onde iria decorrer o estudo conferiu-nos alguma legitimidade junto da população, podendo, inclusive, recorrer aos conhecimentos de diferentes atores que vivem e intervêm nestas populações e espaços. Esta possibilidade acresceu de sobremaneira o conhecimento com que partíamos e valorizou significativamente os nossos resultados. Deixámos de ser os “perturbadores” e conseguimos conquistar o lugar dos elementos que trabalham voluntariamente em prol

de uma melhor saúde oral destas populações, promovendo assim, qualidade de vida das mesmas. Foi importante, após todo este esforço, conseguir que todos os elementos avaliados, e outros, pudessem fazer parte agora de MAS e serem tratados com o mínimo de atenção.

A disponibilidade demonstrada pelas instituições intervenientes foi, sem margem para qualquer dúvida, um fator significativo, e fortemente marcante. Isto pelo facto, já referido, de potencializar o nosso conhecimento e abrir o seu mundo para novos projetos e opiniões. O papel da equipa multidisciplinar existente em algum dos locais de avaliação, nomeadamente, Assistentes Sociais, Psicólogos, Médicos e Professores de Educação Física, foi altamente positivo e produtivo, constituindo uma mais-valia para este longo trabalho.

As estratégias por nós inicialmente traçadas permitiram-nos, surpreendentemente, não correr riscos desnecessários, sendo que, como limitações, apresentaram o facto de alguns elementos, em determinadas alturas, usarem de maneiras e palavras menos convenientes. Apenas e só o facto do investigador se interessar por temas que possam dar origem a mais investigação e mais conhecimento, para os mais variados investigadores nesta área, permitiu ultrapassar de forma produtiva esta que inicialmente se tentou demonstrar ser tarefa impossível.

O objetivo máximo, deste que entendemos ser um trabalho de grande importância, é contribuir para um estudo eficiente e produtivo. Não se pretendeu, nem se entendeu esgotar o tema abordado, pois trata-se de questões e de conteúdos muito complexos, que se inserem em áreas diversas do conhecimento científico, podendo como tal, serem avaliados de formas bem diferentes. No entanto, este trabalho conjunto de diversas áreas e com interpretações complementares, e até por vezes desiguais, do mesmo conteúdo, só se pode traduzir numa melhoria do conhecimento dos problemas que afligem estas populações, o que muito contribuirá para a sua resolução ou mitigação.

A todos quantos possam ler atentamente este trabalho, apenas dizer que vale sempre a pena acreditar nas pessoas e, apesar dos condicionalismos, a vontade em alcançar algo de novo e que nos possibilite evoluir positivamente na investigação científica, e na melhoria do contacto com estas populações, independentemente das suas condutas de vida, é o testemunho da obrigação de todos aqueles que trabalham em saúde pública.

Entendemos ser importante sintetizar e colocar neste capítulo os resultados obtidos por serem a mais-valia do trabalho de pesquisa. Fizemos também o cruzamento das variáveis. Assim:

- Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 49,7 anos, com uma dispersão de valores de 37%. Os valores, mínimo e máximo são, respetivamente, 19 e 86 anos.
- Na amostra, 67% são do sexo masculino e 33% do sexo feminino.
- Na amostra, 93% têm comportamento heterossexual, 4% apresentam comportamento homossexual e 3% apresentam comportamento bissexual.
- Na amostra, 44% tem o primeiro ciclo, 27% tem o segundo ciclo, 12% tem o terceiro ciclo, também 12% tem o ensino secundário, 4% tem o 1º ciclo incompleto, existindo um caso que refere não ter nenhum nível de ensino e outro caso que refere outra situação. Refira-se que este aspeto se relaciona diretamente, inicialmente, com o acesso à informação, que, posteriormente condiciona a forma como a população encara a necessidade duma higiene correta e completa, incluindo neste caso a higiene oral. Aliás, como defendiam Unfer & Saliba (2000), apesar dos fatores biológicos serem bastante preponderantes no aparecimento de doenças orais, consegue-se facilmente constatar que fatores extrínsecos são significativos. Eles devem merecer especial atenção, nomeadamente, o desenvolvimento económico, o social e educacional. Não devem nunca ser descurados os padrões culturais e tradicionais, pois são estes que normalmente marcam as condutas e hábitos das populações. Corroborando a necessidade de se intervir em idade escolar e de se inverter este sentido de desresponsabilização das instituições de ensino, Isabel Loureiro (2004) reforça a ideia de que, atendendo à Carta de Otava (OMS, 1986) e à Convenção dos Direitos da Criança, deveriam ser tidos em conta elementos que atuassem na promoção da saúde, nomeadamente, no reforço de ações comunitárias mais marcantes, na criação de ambientes de suporte para apoio destas medidas e na própria orientação funcional dos serviços de saúde. Se tal acontecesse, não chegavam os adultos a situações gritantes no que concerne, por exemplo, à saúde oral (Unfer & Saliba, 2000).
- Na amostra, 97% não tem atividade laboral e 3% tem atividade laboral.

Este é um facto há muito observado. Aliás, segundo o nosso estudo, este é um ponto bastante importante a ter em conta. Entenda-se que não tendo atividade laboral, as pessoas sem rendimentos próprios dependem de um rendimento social ou então, dependem de terceiros. Em qualquer um dos casos, temos uma “dependência” económica e, consequentemente, uma quase inexistência do acesso aos cuidados de saúde, primários ou outros. A saúde oral nestes casos consegue marcar a sua diferença pela negativa, isto é, consegue atingir índices de precaridade altíssimos. Estas pessoas encaminham o seu dinheiro, muito escasso, para outras situações mais prioritárias, ou entendidas por estes como mais urgentes, nomeadamente a droga, o álcool, o tabaco, o jogo, ou outro (Baldani *et al.*, 2004; Ferreira & Loureiro, 2006).

No entanto autores referem que esta necessidade depende marcadamente de hábitos culturais e familiares. Não deve ser descurado o facto de muita da população entender que os elementos usados no processo de higiene oral são bastantes dispendiosos, o que vem ainda acrescer maior dificuldade na sua aquisição (Silveira *et al.*, 2002).

Há que ter atenção aos resultados obtidos neste âmbito, uma vez que dentro dos elementos da amostra, existem aqueles que nunca entenderam o trabalho ou a necessidade deste como forma de sobrevivência. A sua incapacidade em reverter a sua situação precária é total (Pontes & Araújo, 2004).

- Dos elementos que referem não ter atividade laboral, um não responde porque; os que respondem: 39% por situação de desemprego, 32% por terem reforma, 20% porque não reúnem condições, 7% porque não encontram emprego, um elemento (1%) porque não encontra o emprego que quer e um elemento (1%) porque nunca trabalhou (detido).
- Na amostra, como fonte de rendimento, 66% referem o estado (subsídio), 16% referem outras, 12% respondem não ter rendimentos, 3% referem a família e também 3% referem o trabalho/ emprego.

Repare-se da grande intervenção sociopolítica aqui existente, contrariando algumas das questões colocadas durante o inquérito e algumas questões que de forma muito ténue foram lançadas de forma oral pelo investigador. Parte da amostra é bastante significativa na incapacidade física, mental, psicossocial ou outra que eventualmente

está presente. Assim, entendem que são vítimas de um estado castrador, mas dependem diretamente desta mesma sociedade (Melo *et al.*, 2005).

- Na amostra, 61% não tem núcleo familiar, 22% são membros do agregado familiar e 17% são cabeça de família.

A estrutura pilar Família continua a ter um significado de extrema importância neste que é um problema social. O facto da maioria dos elementos da amostra não apresentar esta estrutura familiar, pode sugerir uma inadaptação social, cultural, geográfica e mesmo e fundamentalmente pessoal. Estas pessoas sentem que quando algo de mal lhes acontece, para além do que já aconteceu, não têm ninguém a quem possam recorrer de forma simples e direccionada, que as possa ouvir e aconselhar de forma mais conveniente. A estrutura não está montada e vacila facilmente. Muitos dos desmames da toxicodependência falham por ausência de acompanhamento familiar, sendo que este não é um fator único (Costa, 1989).

- Na amostra, 34% mora em casa/ apartamento próprio, 33% mora em casa/ apartamento partilhado, 22% em quarto arrendado, 9% mora na rua, 2% mora em barraca e 2% em lar de acolhimento.

Facilmente se pode aferir que, apesar de grande parte da amostra apresentar condições sanitárias satisfatórias para efetivamente realizar a sua higiene pessoal, não o faz! Claramente se conclui que os fatores sociais, culturais e mesmo o que as pessoas entendem como os seus rituais, marcam a grande diferença na sua postura quanto à sua saúde.

Independentemente de alguns elementos terem uma determinada atividade profissional, que “quase” os obrigava a ter uma saúde oral e consequentemente uma especial atenção à cavidade oral, compatível com a desejada pelo empregador, estes mesmos elementos, não têm consciência de que este pode ser um motivo de despedimento e até de exclusão (Silveira *et al.*, 2002).

- Na amostra, em 85% dos casos, o local onde mora tem casa de banho.
- Na amostra, em 85% dos casos, o local onde mora tem lavatório.

- Na amostra, 89% realizam higiene corporal total, 79% realizam higiene oral, 8% realizam higiene corporal parcial, 7% realizam higiene facial, 4% realizam higiene genital/ anal, perto de 3% realizam outros tipos de higiene e também perto de 3% não realizam nenhum tipo de higiene.

Neste resultado conseguimos ver significativa discrepância entre a realidade apresentada pela amostra e o que por nós foi descrito e aferido durante todo o estudo bibliográfico. Reparemos: grande parte tem cuidado particular com a higiene corporal e oral, pelo relatado. No entanto, quando comparámos o índice CPOD e observámos o odontograma, onde foram colocadas informações adicionais, verificamos que seria quase impossível a existência de tais alterações na cavidade oral e mesmo corporalmente, se houvesse este especial interesse na higiene. O que se constata com alguma rapidez é que a maioria da amostra tem conceitos de higiene corporal e oral completamente díspares do comum humano. Atendendo às condições em que a executam, entendem que já fazem muito, mesmo que se constate que nada fazem (Fabrega, 1974).

- Na amostra, quanto à higiene oral: 79% utilizam escova de dentes, 73% utilizam pasta ou gel dentário, 14% utilizam outros utensílios e 1% utiliza fio dentário; quanto à higiene geral: 73% utilizam champô, também 73% utilizam gel de banho, 42% utilizam sabão, 3% utilizam outros e 2% utiliza esponja.

Mais uma vez é interessante este resultado, que consegue corroborar o que acima foi referido. Não seria possível, com os valores aqui fornecidos, que estes elementos apresentassem alterações da cavidade oral tão significativas e incontornavelmente irreversíveis, na sua maioria! Uma grande queixa que apresentavam era exatamente não possuírem poder económico para a sua alimentação. Nesta questão, muitos houve que indicavam como prioritário o uso quase “indiscriminado” da pasta dos dentes e da mudança da escova dos dentes de três em três mês, como está indicado para a maioria dos casos, ditos normais. O mesmo se passa quando verificamos que esta mesma população acaba por encontrar forma de usar champô e gel de banho para a sua higiene pessoal, o que de facto não se consegue constatar na própria avaliação direta. O uso do sabão, que representa um utensílio usado em pouca população, era quase uma “recomendação” do próprio médico, pois eram elementos portadores de patologia

dérmica e que não tinham tido qualquer melhoria com o uso de outras substâncias. Falava-se de sabão “*clarim-rosa*”(Massoni *et al.*, 2005).

- Na amostra, 4% realiza escovagem lingual.

Este resultado, não só não corresponde à realidade, como por si só constituiu uma forma de aferir da veracidade de algumas respostas. Os elementos que responderam afirmativamente, não conseguiam distinguir a diferença entre um raspador lingual e um escovilhão, quando o investigador lhes mostrou para identificação (Alexander *et al.*, 1984).

- Na amostra, 37% faz a higiene oral diariamente, 37% faz a higiene oral semanalmente, 8% faz a higiene oral mensalmente, e 27% nunca faz.
- Na amostra, para os que realizam a higiene oral diariamente, 53% faz uma vez por dia, 42% realiza duas vezes e 5% faz três vezes por dia. Na amostra, dos 93 elementos que respondem, 28% diz “de manhã”, 13% “à tarde”, 21% “à noite” e 38% responde “outras”.
- Na amostra, 97% estão inscritos como utentes do SNS, 2% não estão inscritos como utentes do SNS e 1% (um elemento) não sabe.
- Na amostra, 9% consultaram o médico pelo motivo de ter tido sintomas de doença.
- Na amostra, dos que não consultaram o médico pelo motivo de não ter tido sintomas de doença, são dadas as respostas listadas, sendo as mais referidas: não ter dinheiro por 54%, não ter dores por 11% e não ter necessidade também por 11%, seguindo-se ter prótese por 9%.

Repare-se que estes resultados vêm muito no seguimento do que foi dito num dos parágrafos anteriores. A maioria das pessoas não recorreu ao médico dentista porque não possuía dinheiro para pagar a consulta. Lembremo-nos que parte da população estava enquadrada no grupo dos idosos e nos portadores de VIH, e mesmo estes não iam a um médico dentista. Temos também aqui uma questão social e cultural. As pessoas, de forma geral, ainda têm algum receio de se deslocar ao médico dentista, apesar da maioria dos estudos indicar que este foi um fator há muito ultrapassado. Por outro lado, ainda há a noção que, “*se já só tenho estes, não preciso de tratar. Acabam por cair*”, o



que demonstra claramente a pouca importância que é dada à cavidade oral por parte da população em geral, e em particular por esta que é estigmatizada por si só (Robinson *et al.*, 2005).

- Na amostra, 76% sabem que tem direito de recorrer a um Centro de Saúde ou Hospital se sentirem doentes.
- Na amostra, 83% já consultaram um médico dentista.

Quando encontramos este resultado, entendemos que algo de errado estaria a acontecer e voltámos a contar, seleccionar e confirmar os valores encontrados. Por um lado, não tinham dinheiro para recorrer ao médico dentista; por outro, não valeria a pena gastar dinheiro, pois os dentes acabavam por cair. Por outro ainda, ter aqueles dentes ou nenhum era a mesma coisa. Mas o que é certo, enquanto resposta válida durante a aplicação do inquérito é que a quase totalidade da amostra já recorreu ao médico dentista. Conseguimos perceber, revendo, tal como anteriormente referido, que de facto teriam recorrido, mas em locais e em idades diferentes, bem diferentes das atuais, ainda na dependência dos pais e quando estes ainda eram os responsáveis máximos pela sua saúde, no seu todo. Importante será ainda completar esta informação com o facto de ter havido recurso a instituições públicas para tratamento das peças dentárias. Mas a maioria apresentava sinais de que tinha sido submetido a alguma exérese dentária, não total (Colares & Caraciolo, 2005).

- Na amostra, dos que não consultaram um médico dentista, verificam-se as respostas listadas, sendo referido por 50% que o motivo foi por não ter dinheiro.
- Na amostra, dos que já consultaram um médico dentista, verificam-se os motivos listados, sendo mais referido “dores” por 27%, seguido de “tirar dentes” por 14%, “colocar prótese” por 12% e “tratar dentes” por 10%.

O que ainda é ponderante para recorrer ao médico dentista, seja no âmbito particular ou público, é a dor que se faz sentir durante uma crise. A dor dentária é uma dor difusa, bastante forte e que, quando não acompanhada terapeuticamente acaba por dar origem a problemas bastante mais complicados, destacando-se o abscesso e o quisto. Enquanto se formam, as dores apenas podem ser atenuadas com a toma de anti-inflamatórios e analgésicos. Muitos casos há em que a administração de antibiótico é obrigatória. É

claro que depende do médico dentista que esteja a analisar a situação. Esta população apenas tem acesso, e quando tem, aos analgésicos ditos normais, “aqueles que não fazem nada”.

Se o motivo não for este, então valerá a pena recorrer ao hospital para “*tirar*” o dente que já estorva, para comer “*alguma coisita*”! Se o puderem fazer em casa ou mesmo com a ajuda de um outro elemento do grupo, fazem-no, para não terem que se deslocar, mesmo que isso venha a ter graves complicações.

- Na amostra, 90% gostaram do atendimento, 10% respondem negativamente. Dos que responderam negativamente à questão anterior, três respondem “*Não sabe*”, sendo as razões “*Antipático e caro*”, “*Demorou muito*”, “*Doeu muito e ficou com febre*”, “*Não tinha condições*”, “*Sofreu muito*”, dadas, cada uma, por um elemento da amostra.
- Na amostra, 75% tem dificuldade em mastigar alimentos, 25% respondem negativamente.

Como uma parte da população era edêntula, não tinha as peças necessárias para a realização de uma mastigação satisfatória e conveniente. Aliás adende-se a esta ausência o aparecimento muito precoce de alterações gástricas que diretamente se relacionavam com este facto (Keyes, 1946, Keyes- Newbrun, 1989; WHO, 2010).

- Na amostra, 67% consideram que o estado atual da sua cavidade oral constitui uma barreira para se integrar na Comunidade, 33% respondem negativamente.

Aqui, e mais uma vez, se constata a demarcação da sua realidade, e o desenquadramento social. O processo de exclusão é perfeitamente sentido e marcante. A população tem completo conhecimento de que a ausência dentária é um problema grave, que os impede inclusive de estabelecer um diálogo com as demais pessoas; mas por outro lado, acabam por dizer o que anteriormente referi (Colares e Caraciolo, 2005).

Não queria, no entanto, deixar de chamar especial atenção para este facto social e cultural, que arrasta os preconceitos familiares e outros que as populações têm perfeitamente vinculados.

- Na amostra, 69% consideram que o estado atual da sua Saúde em geral constitui uma barreira para se integrar na Comunidade, 31% respondem negativamente.
- Na amostra, 98% confiam na reserva e proteção da informação dos Centros de Saúde em relação aos utentes com doenças infetocontagiosas, com antecedentes criminais ou delinquentes, 2% respondem negativamente.
- Na amostra, 64% são adictos relativamente a alguma substância, 36% respondem negativamente. Dos 85 elementos que consideram ter comportamentos adictos, 87% respondem tabaco, 80% respondem outro, 73% respondem drogas; menos assinalados são o álcool por 13%, a internet por 7%, o roubo por 6%, e o jogo e o sexo, assinalado por dois elementos cada (2,4%).

Os adictos são um dos grupos em que o desgaste da cavidade oral é mais marcante. Repare-se que cerca de 64% da amostra é adicta, o que por si só era motivo para algumas das alterações encontradas. Tendo conhecimento desta realidade, esta população apenas refere que gostaria de ser tratada, mas que não tem força, ou apenas que já não vale a pena lutar por algo que não terá cura.

É importante relembrar os autores que defendiam que o consumo de tabaco, de álcool e drogas era bastante marcante nesta galopante alteração dos tecidos moles da cavidade oral. Estes elementos têm muito maior possibilidade de serem portadores de leucoplasias, de gengivites e periodontites generalizadas, de mobilidades dentárias, entre muitas outras situações (Reidy *et al.*, 2011).

- Na amostra, 8% já se sentiram discriminado nos locais de atendimento a Cuidados de Saúde. 92% respondem negativamente. Na amostra, dos 10 elementos que consideram ter sido discriminados nos locais de atendimento a Cuidados de Saúde, 60% indicam de outra forma, 20% (dois elementos) respondem por opções sexuais, 10% (um elemento) responde por razões étnicas e também 10% (um elemento) responde por razões económicas.

Alguma surpresa (positiva) foi o facto de os elementos referirem que não se sentiram marginalizados, apesar de muitos destes dizerem de forma indireta. Mas de facto não o sentiram, como o referem no inquérito. Vários são os artigos que apontam exatamente no sentido inverso: esta população é normalmente marginalizada e estigmatizada.

Muitas vezes deixa de ser atendida por profissionais de saúde. Outros são os casos em que esta exclusão é tão marcante que leva à morte do elemento. Temos esse exemplo bem recente na cidade do Porto. Esta posição da amostra tem a ver com a capacidade de percepção da marginalização ou, estrategicamente, numa ocultação da mesma, dado que os poucos que a referem mostram como ela é “eficaz e recorrente” no sistema de saúde.

- Na amostra, 43% já participou ou esteve envolvido nalgum ato ilícito, 57% respondem negativamente: 28% já foi condenado por algum ato ilícito, 72% respondem negativamente.

Apesar dos valores serem os que aqui apresentamos, os elementos da amostra entendiam que *“esta seria uma das formas de ter algum guito”*, o que por si só denota que a maioria deles já teria incorrido em algo ilícito.

Esta foi das questões mais complicadas de resposta, pois os elementos entendiam que seriam presos de imediato, apesar de várias vezes se reforçar a ideia de idoneidade, confidencialidade e de profissionalismo colocados na investigação. Não queriam que lhes fosse atribuído nenhum “título” adicional!

- Na amostra, 93% sabe que pode contestar/reclamar por escrito, no Livro de Reclamações, o ato de discriminação ou marginalização de que foi alvo, 7% responde negativamente. Na amostra, 17% já alguma vez contestou/reclamou, 83% responde negativamente.

É importante salientar que 17% da amostra reclamou dos serviços médicos recebidos, significando, portanto, que cada vez mais as pessoas têm noção dos seus direitos, sendo que não dominam o conceito dos deveres ou, então, preferem não os entender (Boorse, 1977).

- Na amostra, o número de dentes com cárie apresenta um valor médio de 5,2, com uma dispersão de valores de 76%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 0 e 15 dentes; o número de dentes perdidos apresenta um valor médio de 15,1, com uma dispersão de valores de 67%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 0 e 32 dentes; o número de dentes obturados apresenta um valor médio de 0,51, com uma dispersão de valores de 255%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 0 e 8 dentes. Na amostra; o CPOD apresenta

um valor médio de 20,9, com uma dispersão de valores de 37%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 4 e 32 dentes. O valor médio do CPOD aumenta com o aumento da idade, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, entre as idades iguais ou superiores a 50 anos e as idades inferiores a 40 anos.

- Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que vivem num local com casa de banho, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.
- O valor médio do CPOD é superior para os que vivem num local com cozinha, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.
- Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que não utilizam escova nem pasta como utensílios da higiene oral, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. O que confirma que os utensílios usados de forma adequada diminuem sobremaneira a incidência cariogénica.
- Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que realizam a higiene oral mensal e inferior para os que a realizam diariamente, no entanto, sendo as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. A escovagem deve ser realizada de forma eficaz diariamente, preferencialmente três vezes por dia, mas atendendo a estes resultados, a higiene preconizada pelos que diariamente escovam comparativamente aos que apenas o fazem mensalmente, não é discrepante, o que concretiza a ideia da amostra muitas vezes fornecer respostas que entendem ser as mais corretas e não aquelas que de facto se verificam.
- Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que não consultaram um Médico Dentista, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. O que confirma que uma avaliação periódica (6 em 6 meses), pode marcar pela diferença, quando comparados os índices dos doentes. A promoção e prevenção vão ser sempre os elementos a ter em atenção.
- Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para os que consideram que o estado atual da Cavidade Oral constitui uma barreira para se integrarem na

Comunidade, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

- O valor médio do CPOD é superior para os que não são adictos relativamente a alguma substância, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, como facilmente se comprova, atendendo aos vários estudos realizados: os toxicodependentes são mais propensos a alterações dentárias. A interferência das substâncias tóxicas na cavidade oral continua a ser um fator a ter em especial atenção, deparando-se frequentemente com alterações da mucosa, da língua, do pavimento da boca e das peças dentárias que decorrem diretamente deste consumo.
- Na amostra, 25% usam uma prótese e 75% não usam prótese.
- Na amostra, a existência de restos radiculares apresenta um valor médio de 2,93, com uma dispersão de valores de 119%, sendo os valores, mínimo e máximo, respetivamente, 0 e 16.
- Na amostra, 80% não apresentam dentes fraturados, 17% têm um dente fraturado e 3% apresentam dois dentes fraturados.

Quanto ao índice CPOD, muito haveria aqui a discutir e a entender, como fomos discorrendo ao longo deste capítulo. No entanto, é importante salientar a elevada prevalência de cárie, atendendo ao número de dentes presentes em boca. O valor de dentes perdidos apresenta-se muito elevado, mas entende-se, pelos motivos anteriormente apresentados, assim como o valor dos dentes obturados é bastante baixo. Tudo isto é espectável, atendendo a todas as condições económicas, sociais, familiares, geográficas e ambientais que englobam esta população. Os números da OMS para 2020, apontam para um índice de cárie na ordem dos 20% para crianças até aos seis anos e o índice CPOD não deverá ultrapassar os 1,5%, em crianças com 12 (OMS, 1997a; 1997b; Vallejos-Sanches, *et al.*, 2007).

- Como se pode observar pela análise gráfica, o cluster 1 (com 15% dos elementos da amostra) é mais adicto em álcool e roubo, mas também em tabaco, drogas e outro, o cluster 2 (com 29% dos elementos da amostra) é mais adicto em tabaco e menos nos restantes tipos, o cluster 3 (com 55% dos elementos da amostra) é mais adicto em tabaco, drogas e outro.

- Na amostra, o valor médio do CPOD é superior para o cluster 1: álcool e roubo, no entanto, sendo as diferenças observadas, elas não são estatisticamente significativas.

O índice CPOD, que nos indica claramente a existência de dentes cariados, perdidos e obturados é sem qualquer dúvida um instrumento significativamente válido para todas as populações, mas de extrema importância nesta que foi a nossa amostra, pois é de fácil utilização e confere-nos uma visualização concreta das alterações existentes nos tecidos circundantes, sem que o doente tenha essa percepção. Sem dúvida esta é uma mais-valia, pois esta população específica, apesar de não apreciar o esforço que deve fazer em torno de uma melhor saúde oral, acaba por ter posteriormente “algum” receito do que possa advir da sua “negligência”.

Quando entendíamos que “promover/educando” seria um instrumento interessante de aplicação, para diminuir o risco de alterações complexas dentro da cavidade oral, acabávamos por concluir, de forma muito frustrante, que o “medo” que podia surgir durante alguns segundos desaparecia, após dois ou três minutos. Bastava, para tal, que o elemento que se encontrava ao lado, estivesse em condições orais bastante desfavoráveis, comparativamente.

## CONCLUSÃO

Com a elaboração deste trabalho, com o título “*O Acesso à saúde oral em contextos de Marginalização*”, tentámos explanar sobre um tema que muito tem sido discutido. As opções tomadas para o tentar resolver, ou pelo menos travar, têm resultados pouco expectáveis e as medidas sociais e políticas parecem estar desajustadas a esta que é a atual situação económica, social, cultural, familiar e geográfica da população geral.

Entendeu-se como fundamental, aferir sobre o que havia sido elaborado em torno deste tema. Para tal recorremos a elementos científicos que nos pudessem demonstrar que algo de novo poderia ser realizado no sentido de minorar os problemas ainda existentes e que facilmente se vislumbravam a olho nu.

O que se conseguiu obter foram trabalhos científicos que abordavam o tema, mas cujas propostas para o travar ou mesmo sanar, não estavam a resultar ou não estavam completamente adaptadas à população onde estes meios seriam implementados. Com este conhecimento, começámos a traçar determinadas orientações que nos pudessem fazer ultrapassar alguns embaraços, por muitos já experienciados, o que foi, sem qualquer dúvida, uma mais-valia para o desenvolvimento de todo o nosso trabalho. O facto de se ter optado pelo estudo do acesso a população “rotulada” como excluída, era por si só um problema maior, cuja dificuldade em ultrapassar seria um trabalho muito complexo, mas a verdade é que esta tinha sido a opção, e não iríamos pôr de parte a investigação pretendida.

Depois de recolhido e visto o material de aporte científico, entendeu-se por bem solicitar apoios institucionais que estivessem mais enquadrados com esta problemática, mas as dificuldades começaram a surgir e de forma completamente inesperada. Estas instituições não estavam predispostas para cooperar neste que, possivelmente, era um projeto que traria adversidades institucionais.

Teria de se trabalhar no sentido de se encontrar quem pudesse colaborar com a equipa e estivesse disposto a facultar informações relevantes e de importância significativa para os resultados que se pretendia obter. Encontrámos duas instituições que nos ajudaram a



perceber que de facto fazia toda a diferença entender conceitos, definições e enquadramentos que não eram identificados pela maioria da população. A ARRIMO e o Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã abriram as suas portas e fizeram com que nós nos sentíssemos como novos elementos, integrados nas próprias Instituições. Era fundamental localizar instituições que nos dessem a conhecer a população que pretendíamos estudar e estas instituições permitiram-nos esse acesso!

Abordagens mantidas com alguns dos colegas clínicos, identificavam, de imediato, um afastamento significativo deste que para nós era um importante problema. Entendiam que ele não seria de tanto interesse assim, até porque outras áreas seriam “mais” importantes. Sobre esta área havia um grande desajuste institucional e político e, como tal, não valeria a pena a realização de qualquer estudo, o que confirmava a estigmatização social que se pretendia ver dissipada. Constatava-se que os próprios colegas eram os primeiros a “retaliar” e a “descurar” a sua atenção junto desta população, até pela forma como abordavam o tema, o olhavam e o afastavam das suas preocupações, durante a algumas das abordagens efetuadas.

Depois de ultrapassada esta meta importante, entendemos ser necessária a visualização dos locais onde iriam decorrer as avaliações, pois teriam que obedecer a critérios para nós essenciais, para não colocar em risco o trabalho científico pretendido. Encontramos “dois mundos” e duas realidades!

Se por um lado, estávamos em ruas ou becos escuros, cujo saneamento, quase inexistente, proporcionava um odor por vezes intolerável, em que as pessoas surgiam e desapareciam subitamente, em que a linguagem usada era pouco própria, em que a avaliação se tornava muito complicada pela deslocalização rápida destes elementos, mas que, ao mesmo tempo, se tornavam locais únicos, onde muito se podia colher; por outro lado, tínhamos um local, onde o ambiente era pacífico, limpo, humilde, mas familiar, em que as pessoas que lá estavam se sentiam como um peso social, mas tentavam cooperar da melhor forma nas questões levantadas, e com todos os elementos que servissem para a obtenção dos dados pretendidos.

Esta dicotomia social foi fundamental para perceber de que forma poderíamos atuar e de que forma poderíamos mais facilmente chegar junto dos elementos que pretendíamos fizessem parte da nossa amostra. Foi atrevida a nossa opção, mas entendemos que,

volvidos estes meses, valeu a pena ter investido nesta observação difícil, mas de extrema utilidade.

O contributo da perspectiva antropológica foi de muita importância e muito marcante, nomeadamente no entendimento necessário para a elaboração do trabalho de campo, pela complexidade dos elementos que iríamos encontrar. A necessidade de definir conceitos e convicções atuais baseadas e sustentadas em conhecimentos milenares, comparando-as com os dados recolhidos, foi de suma importância. Importante este fio condutor que nos levou ao aprofundamento do conhecimento quanto à matéria ora em debate. Os contextos sociais, políticos, económicos, demográficos e familiares já há muito entendidos como modificadores de doença e, conseqüentemente, do estado de saúde, tiveram um contributo fundamental para se apurar da realidade desta população e a “discrepância” quase impercetível do estado atual da saúde oral.

Passou-se para o trabalho de campo, onde tudo parecia estranho ou mágico, longe de qualquer atribulada confusão. Quando muito, esperávamos algumas alterações de comportamento decorrentes da administração de substâncias alucinogénias. E assim foi! Apenas algumas situações foram mais periclitantes, mas ultrapassáveis.

Todo o trabalho de campo foi elaborado pelo investigador, que em algumas situações contou com a participação de elementos das Instituições com quem trabalhou. Psicólogos, enfermeiros, médicos, diretores e assistentes sociais estiveram no terreno ao mesmo tempo que o trabalho de pesquisa estava a decorrer, o que possibilitou que o acompanhassem de perto. Foram elementos fundamentais para complemento de informação, pois possuíam uma ligação muito estreita com a maioria dos elementos com quem o investigador contactou. Esta informação prestada complementa a de todos os inquéritos realizados e foi utilizada no decurso da própria tese.

Depois de recolhido o material para que se pudesse aferir e constatar a realidade vivenciada, todo o trabalho passou a ser de estatística, de releitura dos artigos, do encontro de opiniões, da análise das opiniões antagónicas e provocatórias em torno deste tema. Assim, como resultado, temos este que se pretende seja uma ferramenta de trabalho para os colegas de investigação. Entendemos que dada complexidade do tema, nada está fechado e muito há a dizer e a fazer. Entendemos que seria importante extrapolar e continuar com esta recolha de elementos. Entendemos que, apesar de todo

este um trabalho complexo, muito haverá a pensar, ponderar e realizar. Estaremos aqui para, de forma humilde, contribuir para tal avanço, porque a ciência é mesmo a busca incessante e crítica do conhecimento!

Impusemos objetivos que foram sendo alterados atendendo às barreiras constatadas. Mas, tendo em conta os objetivos gerais, sempre se tentou caracterizar alguns grupos populacionais sob a definição de minoria marginalizada e estabelecer a prevalência das principais alterações dentárias e da mucosa oral nestas mesmas populações. Com este propósito conseguimos obter algumas respostas para as questões que levantamos. As minorias marginalizadas, como foi descrito ao longo da tese, são detetáveis de forma “rápida”, pois sobre a maioria delas facilmente transparecem na sociedade os rótulos que a sociedade constrói, que dificultam o seu entendimento. Estas, pelo constatável durante todo o processo de investigação por nós desenvolvido, acusam e refletem mesmo isso, nomeadamente quanto à relação com os sistemas de saúde, à relação com a própria doença e no que concerne à cavidade oral, em particular, apesar dos resultados decorrentes do inquérito não serem totalmente semelhantes aos observáveis pelo investigador e anotados no odontograma.

Mas estes seriam, sem qualquer dúvida, os objetivos principais. Havia necessidade de maior clareza e conhecimento. Então, partiu-se para uma maior especificidade, tentando obter-se respostas concretas para o que há muito se pretendia recolher junto desta população, nomeadamente, conhecer os discursos sociais e culturais que estão na base de uma construção social da discriminação e exclusão, e que influem na visão da sociedade nas práticas destes grupos. Uma realidade que influenciava negativamente os seus hábitos de higiene, pondo em maior risco a sua saúde oral. Constatou-se que determinados fatores extrínsecos e intrínsecos, intervêm junto da população marginalizada. Conhecendo-os, poderíamos, alterar, intervir, direccionar, para se conseguir uma melhor qualidade de vida, sempre atendendo aos comportamentos de risco muito marcantes nestas populações: Isto obrigou-nos a analisar as políticas sociais e económicas que têm sido colocadas em funcionamento, para ver se estão enquadradas com a realidade vivida por estas populações e se são, de facto, eficazes.

Durante a preparação do trabalho de campo, entendemos ser relevante perceber quais as variáveis a estudar e quais os instrumentos que mais se “identificavam” com a nossa população. O facto de termos optado por determinadas variáveis apenas se prendeu com

alguma facilidade de comunicação, com uma maior flexibilidade em chegar até à população. A análise estatística dos resultados obtidos, e o seu tratamento, foi incluída para termos uma perceção do universo de investigação e dos resultados verificáveis e analisáveis das variáveis usadas.

O interesse nesta comunidade específica, designada como “marginalizada”, surgiu também de encontros vários realizados em torno do grupo de investigação, que há muito alertava para a possibilidade de se encontrar uma saúde oral comprometida e muito associada a um estado nutricional deficitário, a uma escolaridade e a um estado socioeconómico afetados pela própria condição de marginalidade. Apesar de constatável em alguns países, esta realidade é já palpável e muito sentida na população portuguesa. Tratar as doenças e o próprio homem como algo mais do que um ser biológico, que é afetado muitas vezes por circunstâncias externas, condicionadas pelo seu estilo de vida, é importante para nós, enquanto seres humanos e enquanto profissionais de saúde.

Consciente de que, que na maioria das vezes, a própria sociedade marginaliza cada vez mais estes grupos, impedindo-os de se realizarem enquanto pessoas ou cidadãos, entendemos ser necessário uma maior atuação e intervenção política e cultural em torno deste assunto, pois o que parece ser o atual estado da saúde oral, não é mais do que a falta de reajuste e de interesse em tornar esta área mais ativa e multidisciplinar.

Ter integrado uma equipa de investigação onde o olhar clínico foi só uma parte do todo, e em que tudo funcionou de forma pacífica, cooperante e conclusiva, permitiu-nos descobrir que só através da observação e do conhecimento se consegue caminhar no longo caminho do saber. Nada é intocável! Por isso, há que fazer mais e melhor. Só assim conseguimos populações mais motivadas, ativas e participativas. Os processos de exclusão devem ser estudados, conhecidos, para serem abolidos. Devem também surgir mais estratégias de inclusão, mitigando os processos seletivos castradores e excludentes, avançando para outros patamares no acesso à saúde e na equidade do mesmo. Patamares que tenham em conta a qualidade e a eficiência dos serviços junto destas populações.

Entendemos que do facto de termos tido todas as cautelas, quanto à forma como foi elaborado o inquérito, o odontograma, a bordagem direta e direcionada, assim como a entrega colocada durante todo o trabalho de campo, marcou pela diferença e consequentemente abriu novos caminhos para desenvolvermos novos trabalhos de

investigação. Com o aprofundamento das técnicas e métodos colocados em ação, como as entrevistas abertas, a possibilidade de anotações complementares, as histórias de vida mais aprofundadas, o levantamento de comportamentos e estilos de vida associados aos maus hábitos alimentares, à falta de higiene, que na maioria das vezes eram geracionais, ou ainda com o levantamento das narrativas em que constam as crenças e os medos associados à saúde oral, pudemos recolher uma informação preciosíssima. Adende-se ainda o facto de termos tido a oportunidade de recolher dados referentes à cavidade oral que nos permitiram ter maior perceção do expectável e extrapolar para situações similares e agrupadas em contextos desfavoráveis, como era o caso.

Para alguns casos específicos e com elevada gravidade, entendemos ser conveniente o envio para entidades hospitalares, nomeadamente IPO, por se tratar de lesões de carácter potencialmente oncológico.

Não nos podemos esquecer de que se tratou de um estudo de investigação descritivo, uma vez que focaliza nas possibilidades de existirem características e causas endógenas e exógenas, capazes de promover e acelerar a patologia, nesta população específica. A investigação quantitativa e qualitativa, não foram descuradas. Apoiadas nos modelos ativos e participativos, permitiram obter os já mencionados resultados, baseados numa estreita relação causa-efeito. Este processo de relação causa-efeito, pretendeu aferir de valores há muito esquecidos, de crenças há muito ultrapassadas, discursos pouco sustentados, construção de instrumentos pouco dignificantes e interessantes, entre muitos outros.

Os resultados obtidos permitiram acreditar que é necessário atuar na prevenção e promoção da saúde oral, o que vale a pena apostar antecipadamente para que haja auto-estima, melhor saúde geral, mais inclusão social, oportunidades igualitárias, equidade e respeito por todos os elementos que constituem a nossa sociedade e, em particular, todos aqueles que, por vários fatores, um dia foram classificados negativamente como marginais. É importante olhar com otimismo, com interesse, com vontade de agir, com soluções plausíveis, com elementos sólidos, constatáveis no terreno, para se conseguir obter a consciencialização da realidade e da necessidade de atuação sem grandes limitações e sem receios.

Os dados recolhidos tiveram em conta, ainda, o conhecimento da história natural e a evolução das patologias que fomos encontrando na observação. Os demais elementos de análise, comportamentais, ecológicos, biológicos e sócio antropológicos, forneceram o enquadramento social, as especificidades, as prevalências, as causalidades e as interpretações vivenciais.

Termino este capítulo reforçando a ideia da necessidade da transdisciplinaridade, pois sem este espírito de equipa, muitos dos resultados ora apresentados não seriam possíveis; este não seria um trabalho científico completo, atendendo ao contexto, não teria o interesse que entendemos ter e apresentaria eventualmente lacunas informativas que seriam desfavoráveis.

## RECOMENDAÇÕES

Nestas recomendações, dando por concluído o trabalho científico propriamente dito, pretendemos indicar ou pelo menos tentar fornecer, alguns dos aspetos que podem ser melhorados, alterados, para que a saúde oral melhore e seja entendida como uma necessidade pública, quando trabalhamos junto da população mais desfavorecida.

Assim, entende-se ser importante, junto do poder político, ou a quem este assunto diga diretamente respeito, informar sobre o especial interesse em reconhecer as necessidades de mais e melhores recursos humanos, cada vez mais informados e experientes. Recursos capazes de exercer a sua atividade em consonância com as necessidades de todos os utentes e, em especial, junto da população excluída / marginalizada. Esta população, que pode ser de diferente ordem e ter variada origem, seja pelos comportamentos de risco e vivências problemáticas, seja apenas por pertencer a grupos minoritários, é estigmatizada e afastada de forma injusta dos cuidados de saúde diferenciados. A formação/informação dos elementos de saúde em áreas específicas, como é o da saúde oral, seria um assunto a ter em especial atenção, tornando-a um fator obrigatório. Todos sabemos do papel importante da escola no desenvolvimento das crianças e na sua transformação, no comportamento social, cultural, familiar e outros. Apostar na prevenção e promoção da saúde oral nas escolas, é e continuar a ser um elemento a ter em conta e a colocar em prática, pois muitas são as escolas que não têm acompanhamento reconhecido sobre os ensinamentos dos hábitos de higiene e consequentes hábitos de higiene oral.

Seriam ainda necessárias e desejáveis fortes e desinteressadas cooperações entre as instituições de ensino e as variadas associações e ONG. Esta cooperação permite unir esforços para intervir nestas populações que, por estigma, muitas vezes são conotadas como pertencendo a grupos fora de lei. Entender e situar uma população excluída e desenquadrada socialmente é a melhor estratégia para ultrapassar as suas dificuldades e os mitos que lhe estão associados. Pensamos que, desta forma, podemos diminuir o que ainda hoje é possível verificar: desigualdade social/minorização/exclusão.

A dificuldade sentida em alterar hábitos de vida perfeitamente enraizados é, sem qualquer dúvida, algo muito verificável. O nosso trabalho disso é um exemplo. No entanto e no nosso entender, se não houver quem, junto destas populações comunique a forma como alterar hábitos alimentares, comportamentais, sociais, de higiene, culturais, familiares e ecológicos, essas alterações são pouco prováveis! Esta informação e esta promoção dos direitos destas populações deve estar conjunta com a chamada de atenção para as autoridades responsáveis a nível da administração central e regional, para que agir junto delas é cumprir com princípios de justiça social e de equidade no acesso à saúde.

Durante todo o trabalho tivemos oportunidade de refletir em pontos que, até então, tinham passado de forma pouco perceptível para nós. Sentimos que, mesmo dentro da área da qualidade de vida, dentro de uma área curricular do curso de medicina dentária, não existe qualquer disciplina que se direcione inteiramente às populações referenciadas, nomeadamente, às portadoras de graves doenças, de deficiência mental devidas à idade e alterações físicas incapacitantes (e ver estes utentes em sua casa é, neste momento algo de impensável). Seria interessante avaliar a hipótese de colocação de estudantes no campo e não apenas em clima de clínica/consultório, onde tudo parece ser normal. Penso que dentro do já existente plano PASOP, da UFP, com um suporte teórico sustentável, seria uma aposta a ter em atenção.

O acesso à Saúde Oral deveria ser, tal como tanto se tenta impor, igualitário, gratuito, condigno, independentemente dos sinais físicos, sociais, económicos, geográficos. A dificuldade sentida pela população estudada em conseguir “tratar” os seus dentes, quando estes ainda podem sofrer qualquer tipo de tratamento, que não passe pela exérese e, depois, tornar satisfatório o seu processo mastigatório, pois dependem de uma reabilitação que quase nunca está disponível, pelas próprias limitações existentes, é um dos principais elementos preocupantes de insatisfação desta população.

A necessidade de avaliar os resultados obtidos, tal como anteriormente referido, atendendo a que estes, muitas vezes não estão disponíveis, ou apenas e só porque não devem ser expostos, pois podem dar origem a maior constrangimento, deixa-nos pensativos e bastante reticentes. Acharmos ser de importância máxima a avaliação dos elementos e tratamentos realizados por parte de todos os agentes de saúde, nomeadamente os de saúde oral, tema ao qual hoje nos dedicamos. Pensamos que o



enquadramento, durante o ano de 2012, dos auditores para os cheques dentista, começa a ser um sinal desta necessidade, pois não só nos fornece elementos sustentáveis e sustentados de uma realidade, como também ajudam a melhorar o próprio programa, gratuito para todos os que dispõem de tais características (idosos, grávidas, crianças e portadores de VIH). No entanto, este programa parece estar desajustado ao que encontrámos no nosso terreno de pesquisa. O que significa que outros programas devem ser tidos em conta!

As estratégias que fizemos questão de mencionar, têm como principal e único objetivo, cooperar, num conhecimento mais amplo, com todos aqueles que pretendem abraçar esta causa que nos parece de muita utilidade: acesso aos cuidados de saúde oral para todos, com justiça e equidade. É importante rever alguns conteúdos programáticos, tal como já referido, para que haja maior e melhor enquadramento por parte dos novos elementos de saúde, e mesmo por parte das instituições que os acolhem e lhes conferem a legitimidade de operar em campo.

É portanto necessário arquitetar meios de recuperação da imagem, do corpo, da autoestima, das populações excluídas e estigmatizadas, para que desta forma seja possível trazer de volta a dignidade da pessoa, a sua autoestima. São novos desafios dentro do nosso mundo profissional, permitindo a inclusão social tão ansiosamente solicitada.

Reclamam-se programas que atuem diretamente em populações ditas normais, mas com maior intervenção em populações ditas marginais. Apresentamos a seguir algumas das ditas propostas:

- Atividades escolares que premeiem a aprendizagem do corpo humano, atendendo a uma visão holística, que inclua uma das suas partes fundamentais: a Cavidade Oral (não apenas como parte integrante do início do Aparelho Digestivo). Continuamos a ter como principal importância, dentro do ensino escolar, o processo digestivo;
- Maior cooperação entre todos os profissionais de saúde, o governo, as ONG e as IPSS no sentido, de promover um conhecimento profundo sobre as patologias mais marcantes da Cavidade Oral. As doenças orais são cada vez mais marcantes e as suas recorrências são bastante significativas. A necessidade de intervir em projetos

de promoção, prevenção e tratamento de alterações das peças dentárias e mucosa oral é cada vez mais premente;

- Desenvolver, junto da população mais idosa, ações de formação e de dinamização que lhe fornecessem informação suficiente para alguma da autonomia que ainda lhes resta;
- Promover o desenvolvimento de políticas de saúde públicas e programas que incluam medidas de promoção e prevenção em toda a população. Entende-se que a atuação efetuada em idade jovem beneficia de sobremaneira a diminuição da prevalência da cárie e outras alterações orais;
- Promover uma parceria entre a indústria farmacêutica e os profissionais de saúde, para que se consiga chegar junto dos mais carenciados, nomeadamente com a entrega gratuita de material de higiene oral. Este tipo de plano é já efetuado. No entanto o que se pretende atinge patamares diferentes que de facto estejam relacionados com a realidade atual. Hoje o acesso a materiais de higiene dentária é cada vez mais restrito, pelo valor que a estes está associado e pela dificuldade em haver alguma disponibilidade financeira para recorrer a uma avaliação por parte do médico dentista, que deverá ser efetuado de seis em seis meses. Deverá ser tomada em linha de conta a ponderação entre aquilo que é a saúde geral do indivíduo e a sua relação direta com a saúde oral;
- Adotar medidas preventivas que incentivem a redução do consumo de drogas, nomeadamente, o consumo de tabaco e álcool;
- Incentivar os médicos pediatras para uma formação mais profunda sobre a necessidade de encaminhar as crianças para os colegas médicos dentistas, para assim diminuir a prevalência de cárie dentária e de outras alterações da cavidade oral. Ainda hoje se sente que o médico pediatra descure por completo a dentição, acautelando apenas alguns dos sintomas associados, tratando-os terapeuticamente;
- Promover junto da OMD mais colóquios/sessões de esclarecimento, abertos, dinâmicos e apelativos sobre temas que diretamente se relacionem com a atual situação da falta de acesso à saúde oral. Dar especial atenção aos idosos, que neste momento são um grupo muito amplo, com grandes necessidades e que são cada vez

mais carenciados. Tem havido algumas intervenções, mas mesmo sendo assim, tudo parece escasso. Mas a situação do país também não é favorável para apostar naqueles que ativamente já não contribuem para a produção social;

- Promover a realização de mais feiras de saúde oral, no sentido de partilhar conhecimentos, principalmente ao nível de novos produtos e utensílios, úteis para a população em geral;
- Aumentar os apoios financeiros nos fármacos relacionados com a saúde oral, que, de forma direta e num futuro próximo, podem fazer diminuir a ocorrência de outras patologias de outras especialidades que têm na sua origem patologias do âmbito da cavidade oral, diminuindo, assim também, a comparticipação assegurada pelo SNS nos fármacos dirigidos a essas outras patologias.
- Abrir concursos públicos no sentido de colocar médicos dentistas em serviços públicos, nomeadamente, centros de saúde e hospitais. A tendência é terminar com estes apoios, já muito escassos;
- Chamar a atenção, junto dos profissionais de saúde, para a especificidade destas populações marginalizadas e excluídas. Lembrar-lhes que estas populações se autoexcluem e que, sem um processo ativo de inclusão e de superação dos constrangimentos culturais, sociais e económicos, dificilmente terão acesso à saúde que merecem a que têm direito;
- Implementar a medicina dentária como mais uma especialidade médica possibilitando aos médicos maior atuação no plano do doente e no acompanhamento do mesmo.

Penso que esta lista de propostas poderá servir para sermos interventivos e mais ativos nas mudanças há muito esperadas e reclamadas. Se assim não for, gostaríamos que se continuassem a desenvolver estudos e surgissem mais estratégias convincentes para satisfazer as mesmas necessidades. Desta forma conseguiremos uma melhor sociedade, mais e melhor acesso à saúde, um atendimento baseado num pensamento holístico, obtendo-se uma população mais satisfeita e com qualidade de vida, nomeadamente para aqueles a quem a vida “intitulou” de marginalizados ou excluídos.

## BIBLIOGRAFIA

Aguado, J. (2004). *Cuerpo humano e imagem corporal: notas para una antropologia de la corporeidade*. México, DF: UNAM.

Alarcón, A; Vidal, A; Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd. Chile*. 131: 1061-1065.

Albuquerque, C. M. S; Oliveira, C. P. F. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. [Em linha], [consultado em 30 de Janeiro de 2012]. Disponível em [http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm)

Alburqueque, D. (2008). *Pérdida de calico en esmalte de dentición mixta por exposición in vitro a bebida carbonatada ácida*. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Lima. Perú.

Alderman, H; Behrman, J. R; Hoddinott, J. (2007). Economic and Nutritional Analyses Offer Substantial Synergies for Understanding Human Nutrition. *The Journal of Nutrition*. Vol. 137: 537-544.

Alexander, J. F. (1984). *Escovas e Escovação Dentárias*. In: Menaker, L; Morhart, R. E; Navia, J. M. Caries Dentárias: Bases Biológicas. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara-Koogan. Pp. 422-434.

Alleyne, G. (2002). Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos. *Rev. Panam Salud Pública*, Vol. 12 (6).

Al-Malik, M; Holt, R; Bedi, R. (2001). The relationship between erosion, caries and rampant caries and dietary habits in preschool children in Saudi Arabia. *International Journal of Pediatric Dentistry*. Vol. 11 (6): 430-439.

Almeida, C; Petersen, P. E; André, S. J; Toscano, A. (2003). Changing oral health status of 6-and 12 year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health*. Vol. 20: 211-216.

Alvarez, L; Sabogal, R. (1999). Flúor en la sal para consumo humano de colombianos salud bucal vs fluorosis dental. *Rev. Fed. Odontol. Colom*. Vol. 57 (195): 70-79.

Alves, N. (2009). Novos factos sobre pobreza em Portugal. *Boletim Económico. Banco de Portugal*. Pp. 125- 126.

Amaro, R. R. A. (2000). *Exclusão Social Hoje*. [Em linha], [consultado em 5 de Fevereiro de 2012]. Disponível em [http://www.triplov.com/ista/cadernos/cad\\_09/amaro.html](http://www.triplov.com/ista/cadernos/cad_09/amaro.html)

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Arnold, F; Dean, H; Jay, P. H; Knutson, J. (1956). Effect of fluoridated public water supplies on dental caries prevalence. Public Health Classics. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 84 (9): 761-764.

Arsuaga, J. L; Martínez, I. (1998). *La Especie Elegida*. Colecion Tanto por Saber. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, S.A.

Azulay, M; Lacerda, C; Pérez, M; Filgueira, A; Cuzzi, T. (2003). *Vitamina C. An Bras Dermactol*. Vol. 78 (3): 265-274.

Babson, G; Kangas, J.; Young, N; Bramhall, J. (1973). Growth and development of twins dissimilar in size at birth. *N. Engl J Med*. Vol. 289: 937-940.

Bacelar, J. A. (1982). *A Família da Prostituta*. Ensaios 87. SP, Salvador, Fundação Cultural do Estado da Bahia.

- Baer, H.; Singer, M.; Susser, I. (1997). *Medical Anthropology And The World System. A Critical Perspective*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Balbo, P. L; Rodrigues-Júnior, A. L; Cervi, M. C. (2007). Caracterização dos cuidadores de crianças HIV+/AIDS abordando a qualidade de vida, a classificação socioeconômica e temas relacionados à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 12 (5): 1301-1307.
- Baldani, M. H; Vasconcelos, A. G. G; Antunes, J. L. F. (2004). Associação do índice CPOD com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, Vol. 20 (1): 143-152.
- Barberia Leache, E. (2002). *Odontopediatria. 2ª Edición*. Barcelona, Masson.
- Barbosa, A. M. (2010). *Políticas Saudáveis: Saúde em Todas as Políticas*. Lisboa: Ministério da Saúde. 3º Fórum Nacional de Saúde.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barilan, Y; Weintraub, M. (2001). The naturalness of the artificial and our concepts of health, disease and medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vol. 4: 311-325.
- Barros, A. J. D. (2002). Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos. *Ciência & Saúde coletiva*. Vol. 4 709-717
- Barton, K. (2006). *Research methods in social studies education: Contemporary issues and perspectives*. Charlotte: IAP.
- Barzilai, G. (2003). *Communities and Law: Politics and Cultures of Legal Identities*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Batista, L. R. V; Moreira, E. A. M; Corso, A. C. T. (2007). Alimentação, Estado Nutricional e Condição Bucal da Criança. *Rev. Nutr. Campinas*. Vol. 20 (2): 191-196.
- Béhague, D; Gonçalves, H; Victoria, C. (2008). Anthropology and epidemiology: learning epistemological lessons through a collaborative venture. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 13 (6): 1701-1710.

- Bellver, J; Albert, C; Labarta, E; Pellicer, A. (2007). Early pregnancy loss in women stimulated with gonadotropin-releasing hormone antagonist protocols according to oral contraceptive pill pretreatment. *Fertil Steril*. Vol. 87 (5): 1098-101. [Em linha], [consultado em 23 de Março de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17224146>.
- Berger, P. L; Luckmann, T. (1966), *The Social Construction of Reality: a treatise in the sociology of knowledge*. NY: Anchor Books.
- Berggren, M; Laudon, H; Jansson, M. (2007). Landscape regulation of bacterial growth efficiency in boreal freshwaters. *Global Biogeochemical Cycles*. Vol. 21: 1-8.
- Bertaux, D. (1983). The Bakers of France. *History Today*. Vol. 33 (6): 33-37.
- Bláha, P. (2007). Biometric methods – *selected anthropometric methods used in biological anthropology*. Prague: Charles University.
- Bluebond-Langner, M; Korbin. J. (2007). In focus: Children, Childhoods, and Childhood Studies. Challenges and Opportunities in the Anthropology of Childhoods: An Introduction to “Children, Childhoods, and Childhood Studies”. *American Anthropologist*. Vol. 109 (2): 241-246.
- Boas, F. (1938). *The mind of primitive man*. New York: The Macmillan Company.
- Boas, F. (1940). *Race, Language and Culture*. New York: The Macmillan Company.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*. Vol. 44: 542-573.
- Bordoni, N; Doño, R; Squassi, A. (1999). *Odontología Preventiva*. PRECONC. Buenos Aires: OPS-OMS. Pp. 16-20.
- Bordoni, N; Squassi, A; (1992). *Odontología preventiva submódulo 1*. México, DF: Edit. Organización Panamericana de la Salud. Pp. 6-46.
- Bourdieu, P. (1996). *Photography: A middle-brow art*. Palo Alto: Stanford University Press.

- Braveman, P.; Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 81 (7): 529-545.
- Brennan, D; Spencer, A. (2009). Life events and oral-health-related quality of life among young adults. *Qual Life Res*. Vol. 18: 557-565.
- Brunetti, R. F.; Montenegro, O. (2002). *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo, Ed. Artes Médicas.
- Buka, S. L. (2002). Disparities in Health Status and Substance Use: Ethnicity and Socioeconomic Factors. *Public Health Reports*. Vol. 117 (1): 118-125.
- Bursztyn, M. (2000). *Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond.
- Butler, A. R; Gash, R. (1993). Of sailors and scientists – the story of vitamin C. *Education Chemistry*, Vol. 9: 122-124.
- Butterfoss, F. (2006). Process Evaluation for Community Participation. *Annu. Rev. Public Health*. Vol. 27: 323-340.
- Calvez, M. (1998). *Los usos Sociales del Riesgo. Elementos de Analisis del Sida*. Posadas (Argentina), Ediciones Universitarias de la Universidad de Posadas.
- Campelo, A. (2002). Antropologia Social - *Dicionário de Sociologia*. Porto: Porto Editora.
- Campelo, A. (2007). Da crença e da estética das lendas: o mundo do imaginário popular. *Boletim Aveiriense*. N.º 37, XXXVII: 327-356.
- Campos, A. (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista Saúde Pública*, Vol. 31 (2): 209-213.
- Canônico, R. P; Tanaka, A. C. D. A; Mazza, M. M. P. R; Souza, M. F; Bernart M. C; Junqueira, L. X. (2007). Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. Vol. 41 (Esp.): 799-803.



- Canut, B; Alcina, E. P. (1989). *Ortodontia Clínica*. Barcelona: Salvat.
- Capella, V. (2006). Ética, salud y atención sanitaria en las prisiones. *Rev. esp. sanid. penit.*, Vol. 9 (1): 7-9.
- Carvalho, G. S; Gonçalves, A; Rodrigues, V; Albuquerque, C. (2008). *O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco*. LIBEC/CIPFEC – Universidade do Minho. CIDSDH – UTAD. ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.
- Carvalho, S. B. (2000). *As virtudes do pecado: narrativas de mulheres a "fazer a vida no centro da Cidade"*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. São Paulo.
- Castel, R. (1990). *Bilan: le application de la loi: le ordre des interactions et le ordre des déterminations. Acteur social et délinquance – Une grille de lecture du système de justice pénale*. Bruxelas: Pierre Mardaga: 295-304.
- Castro, L. V. S. (2009). *Saúde Comunitária – Análise Multidisciplinar da Condição Oral de Crianças em Idade Escolar: Perspectiva Clínica e Microbiológica*. Monografia de Licenciatura apresentada à Universidade Fernando Pessoa.
- Castro, L. V. S; Morales, S.; Campelo, A; Marino, R. (2010). Oral Health amongst School Children Living in Oporto, Portugal. Posters: *International Association for Dental Research (IADR)*, General Session. Barcelona, July 14-17.
- Castro, R. V. (1993) *Representações Sociais da Prostituição na Cidade do Rio de Janeiro. O conhecimento no Cotidiano - As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo, Brasiliense.
- Chaves, S. C. L; Vieira da Silva, L. M. (2002). As Práticas Preventivas no Controle da Cárie Dental: uma síntese de pesquisas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 18 (1): 129-139.
- Checker, M. (2009). Anthropology in the Public Sphere, 2008: Emerging Trends and Significant Impacts. *American Anthropologist*. Vol. 11 (2): 162-169.

- Clare, B. W. (2002). QSAR of benzene derivatives: comparison of classical descriptors, quantum theoretic parameters and flip regression, exemplified by phenylalkylamine hallucinogens. *J Comput Aided Mol Des*. Vol. 16 (8-9): 611-633.
- Claridge, J; Fabian, T. (2005). History and development of Evidence-based Medicine. *World J. Surg*. Vol. 29 (5): 547-553.
- Colares, V; Caraciolo, G. (2005). Motivo da visita ao dentista pelas crianças com cinco anos de idade na cidade do Recife. *Odontologia. Clín.-Científ*. Recife. Vol. 4 (3): 193-198.
- Colussi, C. (2002). Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil, *Caderno saúde pública*, rio de janeiro. Vol. 18 (5): 1313-1320.
- Cook, T; Reichardt, C; Álvarez, J. (2000). *Métodos cualitativos e cuantitativos en investigación evaluativa*. 5ª Ed. Madrid: Ediciones Morata.
- Cornford, F. (1989a). *Principium sapientiae: as origens do pensamento filosófico grego*. 3ª ed. – Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cortelli, S. C; Cortelli, J. R; Prado, J. S; Aquino, D. R; Jorge, A. O. C. (2004). Factores de risco à cárie e CPOD em crianças com idade escolar. *Cienc Odontol Bras* Vol. 7 (2): 75-82.
- Cortelli, J. R. (2004) *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e sua relação com a periodontite agressiva. *Revista periodontia*. Vol. 18. (1).
- Costa, A. B. (1998). *Exclusão Social. Factores e tipos de Pobreza em Portugal*. Gradiva Publicações, Lda.
- Costa, J. F. (1989). *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 3ª ed.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, Vol. 18 (1): 5-47.
- Culham, A. Nind, M. (2003). Deconstructing normalisation: clearing the way for inclusion. *AJIDD*, Vol. 28, (1): 65-78.

Cury, J. A; Tenuta, L. M. A; Ribeiro, C. C. C; Paes Leme, A. F. (2004). The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. *Brazilian Dental Journal*, Vol. 15: 167- 174.

Cypriano, S; Pecharki, G. D; Sousa, M. L. R; Wada, R. S. (2003). A Saúde Bucal de Escolares Residentes em Locais Com ou Sem Fluoretação nas Águas de Abastecimento Público na Região de Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 19 (4): 1063-1071.

Davis, R; Teresa, D; Marshall, A; Qian, F; Warren, J; Wefel, J. (2007). In vitro protection against dental erosion afforded by commercially available, calcium fortified 100 percent juices. *JADA*, Vol. 138 (12): 1593-1598.

De Marco, M. A. (2006). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projecto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. Vol. 30 (1): 2-12.

Dean, A. L. (1938). Management of Tumors of the Kidney and Ureter. *Bull N Y Acad Med*. Vol. 14 (3): 128-41.

Denning, A. C. C; Aguirre, M. L; Grassi, M. R; Zanella, G. A; Menegat, F; Rath, I. B. S; Grando, L. J; Fabro, S. M. L. (2004). Programa de Educação e Prevenção em Saúde Bucal: GAPA – Lar Recanto do Carinho. *EXTENSIO – Revista Eletrônica de Extensão*, Vol. 1: 1-8.

Dinçer, B; Hazar, S; Sen, B. H. (2002). Scanning electron microscope study of the effects of soft drinks on etched and sealed enamel. *Amer. J. of Ort. And Dentofacial Orthopedics*. Vol. 122: 135-141.

Diwana, V; Lhuillier, D; Sánchez, A. R; Amado, G; Araújo, L; Duarte, A. M; Garcia, M; Milanez, E; Poubel, L; Romano, L; Larouzé, B. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 24 (8): 1887-1896.

Douglass, C. W. (1998). Risk assessment in dentistry. *J Dent Educ*. Vol. 62: 756-761.

- Dowsett, W. (1996). *Practising desire. Homosexual sex in the Era of AIDS*. Stanford: Stanford University Press.
- Dupas, G. (2000). *Economia global e exclusão social: pobreza, emprego, estado e o futuro do capitalismo*. São Paulo: Ed. Paz e Terra.
- Durigan, M; Nóia, S. R. (2007). Revista eletrônica do programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. N.º 4.
- Edwards, G; Arif, A; Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. *Bulletin of World Health Organization*, Vol. 59 (2): 225–242.
- Einarson, S. (2009). Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population. *Acta odontológica scandinavica*, Vol. 67: 85-93.
- Ellen, R. (1982). *Environment, subsistence, and system: the ecology of small-scale social*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Engel, M. G. (1986). O Médico, a Prostituta e os Significados do Corpo in: *Vainfrás, R. História e Sexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.
- Espinheira, G. (1984). Conformismo e Divergência in: *Maciel, R. J. Divergência e Prostituição - uma Análise Sociológica da Comunidade Prostitucional*. Tempo Brasileiro, Salvador: Fundação Cultural do Estado da Bahia.
- Fabrega, H. (1974). *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. Cambridge. Massachusetts Institute of Technology Press.
- Farnell, Y. Z; West, J. R; Chen, W. J; Allen, G. C; Earnest, D. J. (2004). Developmental alcohol exposure alters light-induced phase shifts of the circadian activity rhythm in rats. *Alcohol Clin Exp Res*. Vol. 28 (7): 1020-1025.
- Fernandes, C. M. (1995). Using newly deceased patients in teaching procedures. *N Engl J Med*. Vol. 25 (21): 1446-1455.
- Fernandes, L. (1997). The key to drug security. *Nurs Stand*. Vol. 11 (32): 14-20.

- Ferreira, C. A. (2009). *A Emigração Portuguesa e as Políticas Migratórias Europeias*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas.
- Ferreira, C. A; Loureiro, C. A. (2006). Economia em Saúde com Foco na Saúde Bucal: Revisão da Literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Vol. 15 (4): 55-64.
- Ferreira, M. O. V. (1999). Desigualdade étnica e marginalização: Políticas Sociais para os grupos ciganos na Espanha. *Sociedade em debate, Pelotas*. Vol. 5 (2): 105-115.
- Figueira, T. R; Leite, I. C. G. (2008). Conhecimentos e Práticas dos Pais Quanto à Saúde Bucal e suas Influências sobre os Cuidados Dispensados aos Filhos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. Vol. 8 (1): 87-92.
- Flandrin, J. L. (1999). *Food: a Culinary History from Antiquity to the Present*. New York: Columbia University Press.
- Flausino, B; Jimenez, L. (2009). *Políticas públicas para prostituição não dão espaço para cidadania*. [Em linha], [consultado em 15 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=políticas-públicas-prostituicao-nao-dao-espaco-cidadania&id=4198>
- Flowers, P; Marriott, C; Hart, G. (2000). The bars, the bogs and the bushes: the impact of locale on sexual cultures. *Culture, Health and sexuality*. Vol. 2 (1): 69-86.
- Frankl, V. (1985). *Em busca de sentido*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Frias, A. M. (2006). Expressions of sexuality and contraceptive attitudes of adolescents. *Servir*. Vol. 54 (3):121-130.
- Friedlander, A. H; Marder, S. R; Pisegna, J. R; Yagiela, J. A. (2003). Alcohol abuse and dependence: Psychopathology, medical management and dental implications. *JADA*, Vol. 134: 731-740.
- Friedlander, A. H; Norman, D. C. (2006). Geriatric alcoholism pathophysiology and dental implications. *JADA*, Vol. 137: 330-338.

Furtado, C; Pereira, J. (2010) *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa.

Fushida, C; Cury, J. (1999). Estudo in situ do efeito da frequência de ingestão de Coca-Cola na erosão do esmalte-dentina e reversão pela saliva. *Rev. Odont.* São Paulo, Vol. 13 (2): 127-134.

Galeano, E. (1993). *Las venas abiertas de América Latina*. México: Sigilo XXI.

Gallardo, J. M. (2008). Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*. Vol. 46 (1): 109-116.

Gaspar, M. D. (1988). *Garotas de Programa: Prostituição em Copacabana e Identidade Social*. 2a edição. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

Gauthier, J. (2011). Prostitution, sexual autonomy, and sex discrimination. *Hypatia*, Vol. 26 (1): 166-186.

Gesser, H. C; Peres, M. A; Marcenes, W. (2001). Condições gengivais e periodontais associadas a factores socioeconómicos. *Revista Saúde Pública*, Vol. 35 (3): 289-293.

Glouberman, S; Millar, J. (2003). Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada. *Journal of Public Health*, Vol. 93 (3): 388–392.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

Goffman, E. (1987). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Ed. Perspectiva.

Gomes, R. (1994). Prostituição Infantil: Uma questão de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*. RJ. Vol. 10 (1): 58-66.

Graça, L. (2000). *Representações Sociais da Saúde, da Doença e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa*. [Em linha], [consultado em 14 de Fevereiro de 2012]. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RepresentacoesSociaisSaude.pdf>

Grandfils, N; Fur, P; Mizrahi, A; Mizrahi, A. (1995). Santé, soins et protection sociale en 1995. *Enquête sur la santé et la protection sociale France 1995*. CREDES. IRDES.

Green, J; Britten, N. (1998). Qualitive research and evidence based medicine. *BMJ*. Vol. 316: 1230-1242.

Guimarães, K; Merchán-Hamann, E. (2005). Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Rev Estud Fem*; Vol. 13: 525-544.

Guimarães, R. C; Cabral, J. S. (2010). *Estatística. 2ª Edição*, Lisboa, Verlag Dashöfer.

Haga, S. C. A; Felício, A. L. (2002). Da transmissão da AIDS e sua tipicidade no código penal brasileiro. *Intertem@s*. Vol. 5 (5): 1277-1281.

Hale, K; Thomas, H; Davis, M. (2008). Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. *Journal on Pediatric Dentistry and Oral Health*. Vol. 122 (6): 1387-1394.

Harris, E; Simpson, S. J; Aldrich, R; Williams, J. S. (2004). Achieving equity in the Australian healthcare system. *Medical Journal of Australia*. Vol. 180 (6): 308-315. [Em linha], [consultado em 10 de Novembro de 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14583078>

Heatherston, T. F; Kleck, R. E; Hebl, M; R; Hull, J. G. (2000). *The Social Psychology of Stigma*. The Guilford Press.

Hede, B. (1996). Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. *Eur J Oral Sci*. Vol. 104 (4): 403-408. [Em linha], [consultado em 21 de Fevereiro de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8930590>

Helma, C. G. (2003). *Cultura, saúde & doença*. São Paulo: Artemed.

Hernández, N; Espinal, F; Mejía, R; Vélez, H. (1973). Fluoruración de la sal en cuatro comunidades Colombianas. IV. Encuesta dietética em Armenia y Montebello. *Boletín OSP*. Vol. 74 (1): 325-336.

Hoebel, Frost, (1983). *Antropologia Cultural e Social*. São Paulo. Ed. Cultrix.

Irie, K; Tomofuji, T; Tamaki, N; Sanbe, T; Ekuni, D; Azuma, T; Maruyama, T; Yamamoto, T. (2008). Effects of ethanol consumption on periodontal inflammation in rats. *J Dent Res*. Vol. 87 (5): 456-460. [Em linha], [consultado em 15 de Março de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=18434576>

James, A; Prout, A. (1997). *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Falmer Press.

João, A; Pereira, J; Furtado, C. (2010). *3º Fórum Nacional de Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Jokovic, A; Locker, D; Thompson, B; Guyatt, G. (2004). Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight to ten year old children. *Pediatr Dent*. Vol. 26 (6): 512-518.

Joyce, R. (2005). The archaeology of body. *Annu. Rev. Anthropol*. Vol. 34: 139-158.

Karvonen, H; Nuutinen, O; Uusitalo, U; Sorvari, R; Ilhanainen, M. (2003). Child nutrition and oral health in Ulaanbaatar. *Elsevier, Nutrition Research*. Vol. 23 (9): 1165-1176.

Kaska, S. C; Weinstein, J. N. (1998). Historical perspective: Ernest Amory Codman, 1869-1940: a pioneer of evidence-based medicine: the end result idea. *Spine*. Vol. 23 (5): 629-633.

Kass, M. J. (1981). Geriatric Sexuality Breakdown Syndrome. *International Journal of Aging and Human Development*. Vol. 13: 71-77.

Kawachi, I; Subramanian, S. V; Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiol Community Health*. Vol. 56: 647-652.

Keyes, P. (1946). Dental Caries in the Syrian hamster. II a Preliminary study of the effect of three different rations on caries activity. *The Journal of Nutrition*. Vol. 25 (6): 525-534.

Khocht, A; Janal, M; Schleifer, S; Keller, S. (2003). The influence of gingival margin recession on loss of clinical attachment in alcohol-dependent patients without medical



disorders. *J Periodontol*. Vol. 74 (4): 485-93. [Em linha], [consultado em 27 de Fevereiro de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12747453>

Khocht, A; Schleifer, S. J; Janal, M. N; Keller, S. (2009). Dental Care and Oral Disease in Alcohol Dependent Persons. *Journal of Substance Abuse Treat*, Vol. 37 (2): 214-218

Kirsch, J. (1998). *As Prostitutas na Bíblia: Algumas Histórias Censuradas*. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos.

Klatsky, A. L; Friedman, G. D; Siegelau, A. B. (1974). *Alcohol consumption before myocardial infarction. Results from the Kaiser-Permanente epidemiologic study of myocardial infarction*. *Ann Intern Med*. Vol. 81 (3): 294-301. 74 [Em linha], [consultado em 17 de Fevereiro de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/48504>

Klein, H; Palmer, C. E. (1937). Dental caries in American Indian children. *Public Health Bull*. Vol. 239 (1): 51-53.

Krenz, M. Korthuis, R. J. (2012). Moderate ethanol ingestion and cardiovascular protection: from epidemiologic associations to cellular mechanisms. *J Mol Cell Cardiol*. Vol. 52 (1): 93-104. [Em linha], [consultado em 12 de Março de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22041278>

Lanham-New, S; Thompson, R; More, J; Brooke-Wabell, K; Hunking, P; Medici, E. (2007). Importance of vitamin D, calcium and exercise to bone health with specific reference to children and adolescents. *Journal Compilation British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*. Vol. 32 (4): 364-377.

Leinsalu, M; Stirbu, I; Vagero, D; Kalédiéne, R; Kóvacs, K; Wojtyniak, B; Wróblewska, W; Mackenbach, J. P; Kunst, A. E. (2009). Educational inequalities in mortality in four Eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 38: 512-525.

Lenoir, N. (1997). Are attitudes towards bioethics entering a new era? *J Med Ethics*. Vol. 23 (2): 69-70. [Em linha], [consultado em 3 de Maio de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9134484>

- Levi-Strauss, C. (1969). *The Elementary Structures of Kinship*. Kentucky: Taylor And Francis.
- Lincoln, Y; Guba, E: (1985). *Naturalistic inquiry*. London: SAGE Publication.
- Lindstrom, B. (2001). *O Significado da Resiliência. Adolescência Latinoamericana*. Vol. 2 (3). Porto Alegre.
- Lopes, F; Araújo, C; Conti, P; Tomasi, C. (2005). Há relação entre a presença de desgastes dentários e a presença de recessões gengivais? *Arq. Ciênc. Saúde*. UNIPAR. Vol. 9 (3): 211-215.
- Lostaunau, H. (2006). Las metaloproteinasas y el progreso de la lesión cariosa en dentina. *Rev. Estomatol Herediana*. Vol. 6 (1): 64-67.
- Loyola-Rodriguez, J; Pozos-Guillém, A; Hernández-Guerrero, J; Jernandez-Sierra, J. (2000). Fluorosis en dentición temporal en un área com hidrofluorosis endêmica. *Salud Pública Mex*. Vol. 42 (3): 194-200.
- Lulle, T, Lucero, P. (1998). *Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales*. Barcelona: Anthropos editorial.
- Malinowski, B. (1924). "Psycho-Analysis and Anthropology". *Psyche: A Quarterly Review of Psychology*. Vol. 4 (4): 293–332.
- Malinowski, B. (2005). *Argonauts of the Western Pacific. An Account of Native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*. London: Routledge
- Mandel, L. (2005). Dental erosion due to wine consumption. *JADA*, Vol. 136: 71-75.
- Mariño, R, Villa, A; Weitz, A; Guerrero, S. (2004). Pattern of fluorosis in children 6-9 years-old exposed to fluorides through a Milk Fluoridation Program in Codegua-Chile. *Community Dental Health*. Vol. 20: 143-148.
- Mariño, R. (2006). Prevención de las caries dental utilizando la leche como vehículo para fluoruros: las experiencias chilenas. *Série Monografias em Salud Bucodental Comunitaria*. N.º 12. Melbourne: The University of Melbourne.

- Mariño, R; Morgan, M; Weitz, A; Villa, A. (2007). Economic evaluation of the Codegua-Chile Milk-fluoridation scheme. *Community Dental Health*. Vol. 24: 75-81.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. 3ª Edição, Lisboa, Ed. Sílabo.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. Lisboa, Ed. ReportNumber.
- Marshall, J. (1915). The neutralizing power of saliva in its relation to dental caries. *American Journal Of Physiology*. Vol. 36 (3): 260-279.
- Martinez, M. (1981). *La investigación cualitativa etnográfica en Educación*. Manual teórico práctico. Caracas: Ed. Texto S.R.L.
- Martínez, M. (1991). *La investigación cualitativa etnográfica en Educación*. Manual teórico práctico. Caracas: Ed. Texto S.R.L.
- Martínez, M. (1993). *La etnografía como alternativa de investigación científica*. [Poster]. En “Simposio Internacional de Investigación”. Bogotá: Universidad Jorge Tadeo Lozano.
- Martins, A. M. F. (2007). *As sem-abrigo de Lisboa*: estudo realizado na AMI em Lisboa: Centros Sociais de Olaias e Chelas. Lisboa: Universidade Aberta (UA).
- Massoni, A. C. L. T; Forte, F. D. S; Sampaio, F. C. (2005). Perceção de pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. *Rev Odontol UNESP*. Vol. 34 (4): 193-197.
- McDonald, R. E; Avery D. (1990). *Odontología pediátrica y del adolescente*. 5ª ed. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana.
- Medina-Solis, C; Pontigo-Loyola, G; Maupóné, G; Lamadrid-Figueroa, H; Loyola-Rodriguez, J; Hernandez-Romano, J; Vilalobos-Rodelo, J; Marquez-Corona, M. (2008). Dental fluorosis prevalence and severity using Dean's index based in six teeth and 28 teeth. *Clin Oral Invest*. Vol. 12 (3): 197-202.

- Mello, T. R. C; Antunes, J. L. F. (2004). Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 20 (3): 829-835.
- Melo, P; Domingues, J; Reis, J. Teixeira, L. (2005). Ensaio Clínico Comparativo da Eficácia Preventiva na Cárie Dentária entre Dois Tipos de Administração de Flúor. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, Vol. 46 (3): 145-155.
- Mercier, P. (1969). *Historia de la antropologia*. Barcelona: Ediciones 62.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. New York: Routledge.
- Miles, M; Huberman, A. (1984). *Qualitative Data Analysis: A Source Book of New Methods*. Beverly Hills: SAGE publicações.
- Milgrom, P; Reisine, S. (2000). Oral health in the United States: The Post Fluoride-Generation. *Annu. Rev. Public Health*. Vol. 21 (1): 403-436.
- Miller, S; Lehman, T; Campbell, M; Hemmerling, A; Anderson, S. B; Rodriguez, H; Gonzalez, W. V; Cordero, M; Calderon, V. (2005). Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *BJOG*. Vol. 112: 1291-1296.
- Milner, G. R; Larsen, C. S. (1991). *Teeth as Artifacts of Human Behavior: Intentional Mutilation and Accidental Modification*. Advances in Dental Anthropology. New York, Wiley-Liss.
- Molendijk, B; Ter-Horst, G; Kasbergen, M; Truin, G. J; Mulder, J. (1996). Dental health in Dutch drug addicts. *Community Dent Oral Epidemiol*. Vol. 24 (2): 117-119. [Em linha], [consultado em 7 de Março de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8654031>
- Monte, N. B; Vargas, C. R; Filho, P. J. B. G; Mactos, J. C. M; Silva, R; Fernandes, J. M. G. A. (2009). Ética, estigma e discriminação de grupos. *Revista Digital*. Buenos Aires. Vol. 14 (132).

Moraes, A. F. (1996). *Mulheres da Vila - Prostituição, Identidade Social e Movimento Associativo*. Rio de Janeiro, Ed. Vozes.

Morais, E. P; Rodrigues, R. A. P; Gerhardt, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio Rural: Realidade de Vida e Saúde de uma População do Interior Gaúcho. *Texto e Contexto Enfermagem*, Vol. 17 (2): 374-383. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

More, F; Sasson, L; Godfrey, E; Sehl, R. (2005). Collaboration between Dietetics and Dentistry: Dietetic Internship in Pediatric Dentistry. *Top Clin Nutr*. Vol. 20 (3): 259-268. [Em linha], [consultado em 2 de Março de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=16639470>

Morgan, L; Allred, E; Tavares, M; Bellinger, D; Needleman, H. (1998). Investigation of the possible associations between fluorosis, fluoride exposure, and childhood behavior problems. *American Academy of Pediatric Dentistry*. Vol. 20 (4): 244-252.

Morio, K. A; Marshall, T. A; Qian, F; Morgan, T. A. (2008). Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilot study. *Journal of the American Dental Association*, Vol. 139 (2): 171-176.

Moscovici, S; Doise, W. (1991). *Dissensões e consenso: Uma teoria geral das decisões colectivas*. Lisboa: Livros Horizonte.

Moscovici, S. (2011). *Psicologia das Minorias Ativas*. Coleção: Psicologia Social. Brazil: Ed. Vozes.

Moyers, R; Lo, R. (1953). Sequence of eruption of permanente dentition. *Am. J Orthodont*. Vol. 39: 460-467.

Naidoo, S. (2007). Community dental service--four years on. *SADJ*. Vol. 62 (6): 250-253. [Em linha], [consultado em 2 de Abril de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17927031>

Nancy, J. L; Rand, R. (2008). *Corpus*. Madrid: Ed. Arena Libros.

Narvai, P. C. (2000). Cárie Dentária e Flúor: uma Relação do Século XX. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 5 (2): 381-392.

Narvai, P. C; Castellanos, R. A; Frazão, P. (2000). Prevalência de Cárie em Dentes Permanentes de Escolares do Município de São Paulo, 1970-1996. *Rev. Saúde Pública*. Vol. 34 (2): 196-200.

Nascimento, C; Cruz, L. (2007). *Discurso, Identidade e Representação Social do Idoso*. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Três Lagoas (MS). Brasil.

Nayar, K. R. (2007). Social exclusion, caste & health: a review based on the social determinants framework. *Indian J Med Res*. Vol. 126 (4): 355-363. [Em linha], [consultado em 19 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=18032810>

Newbrun, E. (1989). Dental research: problems, progress, and prognosis. *J Dent Res*. Vol. 68 (10): 1377-1380. [Em linha, consultado em 19 de Abril]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2584513>

Nishida, M; Grossi, S; Dunford, R; Ho, A; Trevisan, M; Genco, R. (2000). *Dietary vitamin C and the risk for periodontal disease*. *Journal of Periodontology*. Vol. 71 (8): 1215-1223.

Nordenfelt, L. (2001). On the goals of medicine, health enhancement and social welfare. *Health Care Anal*. Vol. 9 (1): 15-23 [Em linha], [consultado em 19 de Março de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372573>

Novais, S. M. A; Batalha, R. P; Grinfeld, S; Fortes, T. M; Pereira, M. A. S. (2004). Relação Doença Cárie-Açúcar: Prevalência em Crianças. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. Vol. 4, (3): 199-203.

Nunes, L. A. S. (1997). O sentido da coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. *Poster* apresentado no IV Congresso Português de Sociologia.

Oliveira, M. (1997). *O Lugar do Travesti em Desterro*. Florianópolis, Universidade de Santa Catarina.

Pacheco, H. (1986). *Grande Porto*. Editorial Presença.

Pacheco, H. (1993). *Porto – 100 Anos com a Cidade*. Edição do Conselho Cultural do FCP.

- Pacheco, H. (2005). *Porto – O Sentimento da História*. Edições Afrontamento.
- Pahel, B; Rozier, R; Slade, G. (2007). Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 5 (6): 1-10.
- Paim, J. S; Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*. Vol. 40: 73-80.
- Pais, J. M. (2004). Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo. *Inquérito aos Jovens Portugueses*. (Coord.) Oeiras: Celta Editora.
- Pais, J. M. (2006). *Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas*. Âmbar: Porto. 2ª Ed.
- Paixão, M. F; Cachapuz, A. (1999). La enseñanza de las ciencias y la formación de profesores de enseñanza primaria para la reforma curricular de la teoría a la práctica. *Enseñanza de las ciencias*. Vol. 17 (1): 69-77.
- Parry, J; Shaw, L; Arnaud, M; Smith, A. (2001). Investigation of mineral waters and soft drinks in relation to dental erosion. *Journal of Oral Rehabilitation*. Vol. 28 (8): 766-772.
- Passos, A. C. D; Figueiredo, J. F. C. (2004). Factores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto – SP. *Cad Saúde Pública*; Vol. 13: 95-101.
- Peixoto, J. (2004). *País de emigração ou país de imigração?* “Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal”. Instituto Superior de Economia e Gestão – SOCIUS. Working papers nº 2/2004.
- Pereira, S. M; Tagliaferro, E. P. S; Ambrosano, G. M. B; Cortellazzi, K. L; Pereira, A. C; Meneghim, M. C. (2007). Dental caries in 12-year-old schoolchildren and its relationship with socioeconomic and behavioral variables. *Oral Health Prev Dent*. Vol. 5: 299-306.
- Perlongher, N. O. (1987). *O Negócio do Michê: Prostituição Viril em São Paulo*. São Paulo, Ed. Brasiliense.

- Perotto, J; Andrades, K; Paza, A; Ávila, L. (2007). Prevalência da xerostomia relacionada à medicação nos pacientes atendidos na Área de Odontologia da UNIVILLE. *Rev. Sul-Brasileira de Odontologia*. Vol. 4 (2): 16-19.
- Pestana, M; Helena, M; Gageiro, J; Nuno, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. 3.<sup>a</sup> Ed. Lisboa, Ed. Sílabo.
- Petersen, P; Bourgeois, D; Ogawa, H; Estupinan-Day, S; Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risk to oral health. *Bull Wrold Health Organ*. Vol. 83 (9): 661-669.
- Petti, S; Simonetti, A. (1997). The effect of milk and sucrose consumption on caries in 6-to-11-year-old Italian Schoolchildren. *European Journal of Epidemiology*. Vol. 13 (6): 659-664.
- Pinto, V. G. (1996). *A Odontologia no município: guia para organização de serviços e treinamento de profissionais a nível local*. Porto Alegre, Revista Gaúcha de Odontolgia.
- Platón. (2002). *Timeo: O de la naturaleza*. Buenos Aires: Ed. Planeta.
- Polit, D; Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos*. 6<sup>a</sup> ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Prout, A. (2005). *The future of childhood*. Londres: Routledge Falmer.
- Pui, C. (2006). La saliva en el mantenimiento da la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologias. *Med Oral Pactol Oral Cir Bucal*. Vol. 11: 449-455.
- Quivy, R; Campenhoudt, L.V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 4.<sup>a</sup> Edição, Lisboa, Ed. Gradiva.
- Rago. M. (1991). *Os Prazeres da Noite: Prostituição e Códigos da Sexualidade Feminina em São Paulo, 1890-1930*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra.
- Rago. M. (1996). *Prostituição e Mundo Boêmio em São Paulo (1890 - 1940)* in: Park, R. e Barbosa, R. M. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro, Ed. Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.



- Rank, R. C. I. C; Rank, M. S; Dib, J. E. (2005). Dificuldades Maternas Quanto ao Uso de Fio Dental em Crianças. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa. Vol. 12 (3): 31-38.
- Rawls, J. (1997) *Uma teoria da justiça*. São Paulo, Ed. Martins Fontes.
- Regidor, E; Ronda, E; Pascual, C; Martínéz, D; Calle, M. E; Domínguez, V. (2006). Decreasing Socioeconomic Inequalities and Increasing Health Inequalities in Spain: A Case Study. *American Journal of Public Health*. Vol. 96: 102–108.
- Reidy, J. T; McHugh, E. E; Stassen, L. F. (2011). *A review of the role of alcohol in the pathogenesis of oral cancer and the link between alcohol-containing mouthrinses and oral cancer*. *J Ir Dent Assoc*. Vol. 57 (4): 200-202.
- Ribas, D. L. B; Philippi, S. T; Tanaka, A. C. A; Zorzatto, J. R. (1999). Saúde e Estado Nutricional Infantil de uma População da Região Centro-Oeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. Vol. 33 (4): 358-365.
- Rivaldo, E. G; Padilha, D. M. P; Frasca, L. C. F; Rybu, B. R. (2008). Envelhecimento e saúde bucal. Universidade Luterana do Brasil. *Stomactos*, Vol. 142 (6): 39-45.
- Roberts, N. (1998). *As Prostitutas na História*. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos.
- Robinson, P. G; Acquah, S; Gibson, B. (2005). Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *British Dental Journal*, Vol. 198 (4): 219-224.
- Rogowsky, R. (2009). No crepúsculo da existência. *Canal Eletrônico*. [Em linha], [consultado em 25 de Abril de 2012]. Disponível em <http://www.canaleletronico.net/index.php?view=article&id=339>
- Rosa-Garcia, E; Irigoyen-Camacho, M; Aranda-Romo, S; Cruz-Mérida, S; Mondragón-Padilla, A. (2007). Enfermedad periodontal em pacientes diabéticos com y sin insuficiencia renal crónica. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*; Vol. 45 (5): 437-446.
- Rozier, G; Dudley, G. (1981). Dental Fluorosis in Children Exposed to Multiple Sources of Fluoride: Implications for School Fluoridation Programs. *Public Health Reports*. Vol. 6 (6): 542-546.

- Ryan, M. A. (2006). The Politics of Risk: A Human Rights Paradigm for Children's Environmental Health Research. *Environ Health Perspect.* Vol. 114: 1613–1616.
- Salas-Salvadó, J; García-Lorda, P; Sánchez, J. (2005). *La alimentación y la nutrición através de la história.* Barcelona: Editorial Glosa, S.L.
- Salcedo, I. S. M; Campelo, Á; Sequeira, T; Silveira, A. (2008). “Saúde Oral nas Crianças Portuguesas. Perspectiva antropológica, microbiológica e clínica”. *Poster do XXVIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.* Auditório Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra 17 e 18 de Outubro de 2008.
- Salcedo, I. S. M; Campelo, Á; Sequeira, T; Silveira, A. (2009). “Saúde e estilos de vida. A escola como espaço de confronto entre aprendizagens formais e informais na nutrição”. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida. *Comunicação Oral*, Painel: Inclusão e Promoção da Qualidade de Vida. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 13 de Fevereiro.
- Salcedo, I. S. M; Castro, L. S; Campelo, Á; Marino, R. (2010). Fluorosis, diet and nutritional status in schoolchildren from Northern Portugal. *Posters: International Association for Dental Research (IADR), General Session.* Barcelona, July 14-17.
- Schulz, A. (2003). Social inequalities, stressors and self reported health status among African American and white women in the Detroit metropolitan area. *Social Science & Medicine.* Vol. 51 (11): 1639-1653.
- Scrimshaw, N; Gleason, G. (1992). *Rapid assessment procedures. Qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes.* Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries.
- Searle, J; Vogt, C. (1981). *Os actos de fala: um ensaio de filosofia da linguagem.* Coimbra: Almedina.
- Sen, A. (1981). Public action and the Quality of life en Developing Coutries. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics.* Vol. 42 (4): 287-319.

- Senhoras, E. (2003). Trabalho Voluntário vis-a-vis. A Marginalização do Idoso. Um Paradigma de Integração Social. Universidade Federal de Roraima (UFRR). *Revista Terceira Idade*. Selectedworks.
- Sepilli, T. (2000). *De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Belatera.
- Sfeatcu, R; Dumitrache, A; Dumitraşcu, L; Lambescu, D; Funieru, C; Lupuşoru M. (2011). Aspects of oral and general health among a community center for the underserved. *Journal of Medicine and Life*. Vol. 4 (2): 168-171.
- Shiboski, C. H; Cohen, M; Weber, K; Shansky, A; Malvin, K; Greenblatt, R. M. (2005). Factors associated with use of dental services among HIV- infected and high-risk uninfected women. *JADA*, Vol. 136: 1242-1255.
- Silva, A. P. D. (2010). Relação enfermeiro doente alcoólico, e como esta é perspectivada pelo doente. *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem*. XIV Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biômédicas Abel Salazar.
- Silveira, J. L. G. C; Stanke, R. (2008). Condição e representações da saúde bucal entre os sem-tecto do município de Blumenau – Santa Catarina. *Ciências & Cognição*. Vol. 13 (1): 02-11
- Silveira, P. S; Martins, L. F; Soares, R. G; Gomide, H. P; Ronzani, T. M. (2011). Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia*, Vol. 16 (2): 131-138.
- Silveira, R. G; Brum, S. C; Silva, D. C. (2002). Influência dos Factores Sociais, Educacionais e Económicos na Saúde Bucal das Crianças. *RMAB*, Rio de Janeiro, Vol. 52 (1/2): 6-10.
- Sloane, D; Diamant, A; Lewis, L; Yance, A; Flynn, G; Nascimento, L; McCarthy, W; Guinyard, J; Cousineau, M. (2003). Improving the nutritional resource environment for healthy living through community-based participatory research. *J. Gen. Inter. Med.* Vol. 18 (7): 568-575.

- Solar, O; Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Discussion paper* for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Starfield, B. (2001). Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. Vol. 13 (3): 545-566.
- Stashenko, P; Niederman, R; DePaola, D. (2002). Basic and clinical research: Issues of cost, manpower needs, and infrastructure. *Journal of Dental Education*, Vol. 66 (8): 928-938.
- Stella, Y. L. K; Michael, A. M. H. (1999). Na exploration of oral health beliefs and attitudes of Chinese in West Yorkshire: a qualitative investigation. *Health Education Research*. Vol. 14 (4): 453-460.
- Strafford, K; Shellhaas, C; Hade, M. (2008). Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. Vol. 21 (1): 63-71.
- Swartz, P. (1970). *Psicologia: el studio de la conducta*. México: Compania Editorial Continental.
- Sydenham, T. (1676). *Observationes medicae and his medical observations*. London: Royal College of Physicians of London.
- Szterenfel, C; Fonseca, Z. (1996). *Profissionais do Sexo no Rio: Contexto Sócio-Cultural e Comportamento Preventivo em Três Áreas*. Rio de Janeiro, Ed. PIM.
- Tonkin, E. (1995). *Narrating our pasts: the social construction of oral history*. New York: Cambridge University Press.
- Traebert, J. L; Peres, M.A; Galesso, E. R; Zabet, N. E; Marcenes, W. (2001). Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. *Rev Saúde Pública*. Vol. 35 (3): 283-288.
- Treadwell, H. M; Formicola, A. J. (2005). Improving the Oral Health of Prisoners to Improve Overall Health and Well-Being. *American Journal of Public Health*. Vol. 95 (10): 1677-1678.

- Trigo, M. (2001). *Sorri Dente*. Lisboa. Ed. Garrido Artes Gráficas.
- Trindade, A. C. C. (1997). *A proteção internacional dos direitos humanos e o Brasil (1948-1997): as primeiras cinco décadas*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Trostle, J; Sommerfeld, J. (1996). Medical Anthropology and Epidemiology. *Annual Rev. Anthropol.* Vol. 25 (1): 253-274.
- Turner, D. M; Chen, Y; Daosukho, C; Opii, W. O; Pierce, W. M; Klein, J. B; Vore, M; Butterfield, D. A; St Clair, D. K. (2006). Redox proteomic identification of oxidized cardiac proteins in adriamycin-treated mice. *Free Radic Biol Med.* Vol. 41 (9): 1470-1480. [Em linha], [consultado em 9 de Abril de 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17023274>
- Turner, L. (2003). Bioethics and Religions: religious traditions and understandings of morality, health, and illness. *Health Care Analysis.* Vol. 11 (3): 181-197.
- Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture*. New York: Cambridge University Press.
- Unfer, B; Saliba, O. (2000). Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev. Saúde Pública.* Vol. 34 (2). São Paulo.
- Valadares, J. C. (1994). *Espaço Ambiente e Situação do Sujeito*. Rio de Janeiro: ENSP.
- Vallejos-Sánchez, A; Medina-Solis, C; Maupomé, G, Casanova-Rosado, J; Minaya-Sánchez, M; Villalobos-Rodelo, J; Pontigo-Loyola, A. (2008). Social-behavioral Factors Influencing Toothbrushing Frequency Among Schoolchildren. *JADA.* Vol. 139 (6): 743-749.
- Vasconcelos, N. P.; Melo, P.; Gavinha, S. (2004). Estudo dos Factores Etiológicos das Cáries Precoces da Infância numa População de Risco. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* Vol. 45 (2): 69-77.
- Versiani dos Anjos JR, C. S. (1980). *A Serpente Domada: Um Estudo Sobre a Prostituição de Baixo Meretrício*. Brasília, UNB.
- Viana, A. L. D; Fausto, M. C. R; Lima, L. D. (2003). Políticas de Saúde e Equidade. *São Paulo em Perspectiva.* Vol. 17(1): 58-68.

Victoria, C; Adair, L; Fall, C; Hallal, P; Martorell, R; Richter, L; Sachdev, H. (2008). Maternal and child under nutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*. Vol. 371 (9609): 340-357.

Vignarajah, S. (1997). A frequency survey of sugary foods and drinks consumption in school children and adolescent in a West Indian Island. Antigua, 1997. *Int Dem J*. Vol. 47 (5): 293-297.

Vintém, J. M. C. (2009). *Diferenças de género e desigualdades sociais na saúde e doença em Portugal*. Lisboa: ISCTE [Em linha], [consultado em 08 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/1697>

Waker, A; Humprise, C. (2005). *The Harvard Medical School Guide to Healthy Eating During Pregnancy*. Bogotá: The McGraw-Hill Professional.

Warren, J; Kanelis, M; Levy, S. (1999). Fluorosis of the primary dentition: what does it mean for permanent teeth? *JADA*. Vol. 130 (3): 347-356.

Whitehead, M. (1991). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization.

Wilkinson, R. G. (1997). Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ*, Vol. 314: 591–595.

Woelfel, (2000). *Anatomia dental: sua relevância para a odontologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Wolf, N. (1998). *Promiscuidades: A luta Secreta para Ser Mulher*. Rio de Janeiro: Rocco.

Zero, D. T. (1996). Etiology of dental erosion--extrinsic factors. *European Journal Oral Science*. Vol. 104: 77-162.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Almeida, M. (05/12/06). Observatório Europeu do Racismo e da Xenofobia. As condições das casas e os preços são factores discriminatórios. *Jornal Público*, Lisboa: Por lusa.

American Dental Association. (2009). *Tooth Anatomy*. [Em linha], [consultado em 26 de Março de 2012]. Disponível em <http://www.ada.org/>

Australian Government. (2006). Cultural Competency in Health: A guide for policy, partnerships and participation. National Health and Medical Research Council. Canberra: AHMAC.

Center for Diseases Control And Prevention. (2001). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *MMWR. RR*. Vol: 14 (50): 1-42.

Center for Diseases Control And Prevention. (2010). Strategies for reducing the consumption of Sugar – Sweetened beverage guide. *Division of nutrition, physical activity and obesity*. Atlanta.

DECO - Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor. (2012). [Em linha], [consultado em 20 de Dezembro de 2012]. Disponível em <http://www.deco.proteste.pt/>

Institut National de Santé Publique du Québec. (2003). *La salud de las comunidades: Perspectivas para la contribución de la salud pública al desarrollo social y de las comunidades*. Quebec: Bibliothèque Nationale du Québec.

Instituto Nacional de Estatística. (2002). Censos 2001. Resultados definitivos. Lisboa.

LILACS. Biblioteca Virtual em Saúde. (1997). CD ROOM, 28a edição.

Ministério da Saúde. (2009). [Em linha], [consultado em 24 de Maio de 2011]. Disponível em <http://www.saudeoral.min-saude.pt/>

Ordem dos Médicos Dentistas. (2009). [Em linha], [consultado em 24 de Maio de 2011]. Disponível em <http://www.ond.pt>

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Relatório sobre a saúde do mundo 2001.

Organization Panamericana de La Salud. (1976). *Fluoracion de la sal*. (35). Washington, D.C.

Projecto Mighealthnet (2007). *Information network on good practice in health care for migrants and minorities* in Europe. CE. Atenas.

World Health Organization. (1979). Formulating strategies for health for all by the year 2000. *Health for All Series*, Nº 2, Geneva.

World Health Organization (1987). *Oral Health Research: Methods and Rules*. Geneva.

World Health Organization. (1994). *Fluorides and oral health*; WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use, WHO Technical Report Series, 846.

World Health Organization (1997a). *Epidemiological survey in Basic Health Mouth: User manual*. 4. Ed. Sao Paulo, Santos.

World Health Organization (1997b). *Oral health surveys: basic methods*. 4th ed. Geneva.

World Health Organization. (1998). Healthy nutrition: An Essential element of a health promoting school. *Information Series on School Health*. Document four. Geneva.

World Health Organization (2003a). Updating the International Classification of diseases listed, Tenth Revision (ICD-10). *Epidemiological Bulletin*. Vol. 24 (2). Washington.

World Health Organization (2003b). *Diet, nutrition and chronic diseases that appear prevention*. Technical Report Series 916. Geneva.



World Health Organization (in 2004). *WHO releases new report on the global problem of oral diseases that appear*. Press Release. Geneva.

World Health Organization (2006). *Basic Documents*. Supplement, 45th Ed. Geneva.

World Health Organization (2007). *Information note 318*. Oral health: action plan for promotion and integrated prevention morbidity. Press release. Geneva.

World Health Organization. (2010). *External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2004-2010)*. Copenhagen.

World Health Organization. (2010). *Portugal - Health system performance assessment*. Copenhagen.

## **ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo n.º 1 - Consentimento Informado ARRIMO .....	329
Anexo n.º 2 - Consentimento Informado Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã .....	333
Anexo n.º 3 - Inquérito ARRIMO .....	337
Anexo n.º 4 - Inquérito Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã .....	346
Anexo n.º 5 - Odontograma ARRIMO .....	356
Anexo n.º 6 - Odontograma Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã.....	358

**Anexo n.º 1 - Consentimento Informado ARRIMO**

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Exmo. Senhor Utente da **ARRIMO** - Organização Cooperativa p/ o Desenvolvimento Social e Comunitário - CRL:

Vimos por este meio, informar V/ Excia que, em Convénio com a **Universidade Fernando Pessoa** - UFP, estamos a levar a cabo um estudo de investigação científica, liderada pelo Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da referida Universidade, no âmbito da Saúde Oral. Pelo exposto e pelo interesse que este tipo de Trabalho de Investigação tem, no progresso e aperfeiçoamento dos grupos de investigação, para obtenção de elementos estatísticos capazes de contribuir para uma significativa melhoria na qualidade de vida, convidamo-lo a participar e fazer parte deste grande grupo de trabalho.

### **Pequena descrição do Projecto:**

Health Justice in the City: Behaviour and Environmental conditions é a Investigação que inclui o estudo **“Acesso à Saúde Oral em contexto de marginalização. Estratégias e vivências Sociais”**, Projecto de Doutoramento que tem por objectivo geral estabelecer as situações socioculturais, os comportamentos e factores de risco que levam à marginalização e à automarginalização ou auto-exclusão no acesso aos serviços de saúde, nomeadamente de Medicina Dentária que envolvem e caracterizam a população-alvo de estudo.

Entende-se o conceito de grupo ou indivíduo “marginalizado” como aquele que por razões sociais, culturais e económicas, sofreu, por parte da sociedade ou comunidade onde vive, processos de exclusão social, através de discursos e práticas sociais que sobre eles constroem, nomeadamente os indivíduos ou grupos assumidos como “normais”. Assim, o conceito de marginalidade interna todo um processo social de classificação a partir de um grupo de poder que informa aquilo que a sociedade entende por norma e valores socialmente aceites. Em determinados contextos, como é o caso da amostra alvo deste estudo, aos comportamentos socialmente classificados como de marginais, estão associadas práticas desviantes e, por vezes, ilegais, como o tráfico de estupefacientes. Neste contexto, assiste-se a uma autoconstrução da marginalidade, onde os indivíduos para além dos discursos sociais marginalizadores e de exclusão social desenvolvem práticas de auto-exclusão, que dificultam as possibilidades de acesso aos cuidados sanitários. Entendemos então o conceito de marginalidade como

um processo social, que implica tanto os sujeitos visados, como a sociedade que os classifica, impondo-lhes classificações que determinam tanto o seu próprio auto-conceito, como as práticas relacionais e as políticas sanitárias, neste caso.

Para obter a informação necessária quer para este projecto de Doutoramento quer para os projectos de investigação em geral será necessária a aplicação de um inquérito e avaliação clínica dentária, a realizar por Investigadores da Universidade Fernando Pessoa.

A investigação é orientada pelo Exmo. Sr. Prof. Doutor Álvaro Campelo, Antropólogo, Coordenador do NISA – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida e pelo Exmo. Sr. Dr. Luís Silva Castro, aluno de Doutoramento, que será o responsável da aplicação do inquérito e pela avaliação e diagnóstico de sinais físicos ou outros de doença ou alteração da Saúde Oral nos utentes referenciados pela ARRIMO.

A Co-orientação da Investigação de Doutoramento e em representação da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Melbourne está sob responsabilidade do Senhor Prof. Doutor Rodrigo Mariño, Médico Dentista e já co-orientador de outros trabalhos de investigação, na UFP.

Os investigadores estarão disponíveis para o esclarecimento das dúvidas que se apresentem durante o processo de investigação, garantindo a idoneidade e o respeito em todas as suas etapas. Refira-se ainda que toda a informação obtida será tratada de forma confidencial e apenas será usada como informação estatística.

O Inquérito que se apresenta está consignado a livre participação dos indivíduos. A não-aceitação em participar não terá qualquer consequência para os inquiridos. A qualquer momento os informadores podem desistir de participar sem qualquer consequência. Quanto aos benefícios, os visados, para além de contribuírem, através do estudo, para o conhecimento desta população nos acessos aos cuidados de saúde, que os beneficiará também, poderão, para além de aconselhamento em saúde oral, beneficiar, em casos urgentes, de cuidados em medicina oral, gratuitos. Todas estas informações serão transmitidas aos inquiridos.

Prof. Doutor Álvaro Campelo – Coordenador NISA-GRANSA

Dr. Luís Vasco Silva Castro – Investigador – Doutorando

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

## **Designação do Estudo (em português):**

### **“Acesso à Saúde Oral em contexto de marginalização. Estratégias e Vivências Sociais”**

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_  
ou responsável pelo participante no projecto (nome completo)  
\_\_\_\_\_, compreendi a  
explicação que me foi fornecida acerca da participação no trabalho de investigação  
que será realizado nas Unidades Móveis da ARRIMO, bem como do estudo em que  
serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei  
necessárias, e a todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de  
Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os  
métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os  
riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o  
direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa  
ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso,  
propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2011

## **Assinatura:**

\_\_\_\_\_

**Ou**

## **Assinatura do responsável pelo participante:**

\_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:** Dr. Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro

e-mail institucional: 13416@ufp.edu.pt

**Assinatura:**

**Anexo n.º 2 - Consentimento Informado Centro Social da Junta de Freguesia de  
Campanhã**



## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Exmo. Senhor Utente do Centro Social da Junta de Freguesia da Campanha:

Vimos por este meio, informar V/ Excia que, em Convénio com a **Universidade Fernando Pessoa** - UFP, através da pessoa do Exmo. Sr. Prof. Dr. Álvaro Campelo, estamos a levar a cabo um estudo de investigação científica, liderada pelo Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da referida Universidade, no âmbito da Saúde Oral. Pelo exposto e pelo interesse que este tipo de Trabalho de Investigação tem, no progresso e aperfeiçoamento dos grupos de investigação, para obtenção de elementos estatísticos capazes de contribuir para uma significativa melhoria na qualidade de vida, convidamo-lo a participar e fazer parte deste grande grupo de trabalho.

### **Pequena descrição do Projecto:**

Health Justice in the City: Behaviour and Environmental conditions é a Investigação que inclui o estudo **"Acesso à Saúde Oral em contexto de marginalização. Estratégias e Vivências Sociais"**, Projecto de Doutoramento que tem por objectivo geral, estabelecer as situações socioculturais, os comportamentos e factores de risco que levam à marginalização e à automarginalização ou auto-exclusão no acesso aos serviços de saúde, nomeadamente de Medicina Dentária que envolvem e caracterizam a população alvo de estudo.

Entende-se o conceito de grupo ou indivíduo "marginalizado" como aquele que por razões sociais, culturais e económicas, sofreu, por parte da sociedade ou comunidade onde vive, processos de exclusão social, através de discursos e práticas sociais que sobre eles constroem, nomeadamente os indivíduos ou grupos assumidos como "normais". Assim, o conceito de marginalidade interna todo um processo social de classificação a partir de um grupo de poder que informa aquilo que a sociedade entende por norma e valores socialmente aceites. Em determinados contextos, como é o caso da amostra alvo deste estudo, aos comportamentos socialmente classificados como de marginais, estão associadas práticas desviantes e, por vezes, ilegais, como o tráfico de estupefacientes. Neste contexto, assiste-se a uma autoconstrução da marginalidade, onde os indivíduos para além dos discursos sociais marginalizadores e de exclusão social desenvolvem práticas de auto-exclusão, que dificultam as possibilidades de acesso aos cuidados sanitários. Entendemos então o conceito de marginalidade como um processo social, que implica tanto os sujeitos visados, como a sociedade que os classifica, impondo-lhes classificações que determinam tanto o seu próprio auto-conceito, como as práticas relacionais e as políticas sanitárias, neste caso.

Para obter a informação necessária quer para este projecto de Doutoramento quer para os projectos de investigação em geral será necessária a aplicação de um inquérito e avaliação clínica dentária, a realizar por Investigadores da Universidade Fernando Pessoa.

A investigação é orientada pelo Exmo. Sr. Prof. Doutor Álvaro Campelo, Antropólogo, Coordenador do NISA – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida e pelo Exmo. Sr. Dr. Luís Silva Castro, aluno de Doutoramento, que será o responsável da aplicação do inquérito e pela avaliação e diagnóstico de sinais físicos ou outros de doença ou alteração da Saúde Oral nos utentes referenciados pelo Centro Social da Junta de Freguesia de Campanha.

A Co-orientação da Investigação de Doutoramento e em representação da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Melbourne está sob responsabilidade do Senhor Prof. Doutor Rodrigo Mariño, Médico Dentista e já co-orientador de outros trabalhos de investigação, na UFP.

Os investigadores estarão disponíveis para o esclarecimento das dúvidas que se apresentem durante o processo de investigação, garantindo a idoneidade e o respeito em todas as suas etapas. Refira-se ainda que toda a informação obtida será tratada de forma confidencial e apenas será usada como informação estatística.

O Inquérito que se apresenta está consignado a livre participação dos indivíduos. A não aceitação em participar não terá qualquer consequência para os inquiridos. A qualquer momento os informadores podem desistir de participar sem qualquer consequência. Quanto aos benefícios, os visados, para além de contribuírem, através do estudo, para o conhecimento desta população nos acessos aos cuidados de saúde, que os beneficiará também, poderão, para além de aconselhamento em saúde oral, beneficiar, em casos urgentes, de cuidados em medicina oral, gratuitos. Todas estas informações serão transmitidas aos inquiridos.

Prof. Doutor Álvaro Campelo – Coordenador NISA-GRANSA

Dr. Luís Vasco Silva Castro – Investigador – Doutorando

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

**Designação do Estudo (em português):**

**“Acesso à Saúde Oral em contexto de marginalização.  
Estratégias e Vivências Sociais”**

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_  
ou responsável pelo participante no projecto (nome completo)  
\_\_\_\_\_, compreendi a  
explicação que me foi fornecida acerca da participação no trabalho de investigação  
que será realizado nas Instalações fornecidas pelo Centro Social da Junta de  
freguesia de Campanha, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada  
oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e a todas obtive resposta  
satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de  
Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os  
métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os  
riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o  
direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa  
ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso,  
propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012

**Assinatura:**

\_\_\_\_\_

**Ou**

**Assinatura do responsável pelo participante:**

\_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:** Dr. Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro

e-mail institucional: 13416@ufp.edu.pt

**Assinatura:**

**Anexo n.º 3 - Inquérito ARRIMO**

## Inquérito

O objectivo principal deste Inquérito é estabelecer a situação clínica e as situações socioculturais, os comportamentos e factores de risco que levam à marginalização e auto-exclusão no acesso aos Serviços de Saúde, nomeadamente de Medicina Dentária, que envolvem e caracterizam os utentes da ARRIMO - Organização Cooperativa p/ o Desenvolvimento Social e Comunitário - CRL. O Investigador garante a idoneidade e respeito do processo em todas suas etapas. A informação obtida será de carácter confidencial. Os resultados decorrentes deste inquérito respeitarão o anonimato, sendo divulgada apenas os resultados estatísticos obtidos e de relevância. O inquirido será informado de todo o processo e poderá desistir da sua participação neste, assim o entenda por conveniente, sem qualquer tipo de consequência nefasta.

### Informação geral

Número de registo:

Data: Dia \_\_\_\_ Mês \_\_\_\_ Ano \_\_\_\_

### I. Caracterização Sócio-demográfica:

1. Naturalidade: \_\_\_\_\_
2. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
3. Idade (anos): \_\_\_\_\_
4. Sexo: F ☐ M ☐
5. Como classificaria o seu comportamento sexual?  
Heterossexual ☐  
Bissexual ☐  
Homossexual ☐  
Transexual ☐  
Travesti ☐  
Outro (s) ☐
6. Tem religião: Sim ☐ Não ☐  
Se **Sim**, qual?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Língua materna: \_\_\_\_\_
8. Língua comunicante: \_\_\_\_\_

## II. Caracterização Socioeconómica:

9. Escolaridade:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Nenhum nível de Ensino                   | <input type="checkbox"/> |
| Escolaridade Básica                      | <input type="checkbox"/> |
| 1º Ciclo do Ensino Básico (1ª à 4ª ano)  | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano) | <input type="checkbox"/> |
| 3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano) | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Secundário (10º ao 12º ano)       | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Superior                          | <input type="checkbox"/> |
| Pós-graduação                            | <input type="checkbox"/> |
| Outra (s)                                | <input type="checkbox"/> |

10. Tem uma actividade laboral: Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, qual?

---

Se **Não**, porquê?

---

11. Fontes de rendimento:

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Trabalho/ Emprego | <input type="checkbox"/> |
| Estado (Subsidio) | <input type="checkbox"/> |
| Família           | <input type="checkbox"/> |
| Outro (s)         | <input type="checkbox"/> |

Se outro (s), quais? 

---

12. Se a sua fonte de rendimento provem do Estado, diga porquê?

---

13. Se a sua fonte de rendimento provem da Família, diga porquê?

---

14. Dentro do Núcleo Familiar, qual o lugar que ocupa?

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Cabeça de Família           | <input type="checkbox"/> |
| Membro do Agregado Familiar | <input type="checkbox"/> |
| Não tem Núcleo Familiar     | <input type="checkbox"/> |

15. Se é Cabeça de Família, quantas pessoas dependem de si?

16. Se é Membro de um Agregado Familiar, qual o seu posto?

Pai ☐

Mãe ☐

Filho (a) ☐

Outro (a) ☐

### **III. Condições da Habitação:**

17. Local onde mora:

Casa/Apartamento próprio ☐

Quarto arrendado ☐

Casa/Apartamento partilhado ☐

Lar de acolhimento ☐

Barraca ☐

Rua ☐

18. Se mora acompanhado, quem é/são o/a(s) seu(s/as) parceiro (s/as)?

---

19. O local onde mora tem casa de banho? Sim ☐ Não ☐

20. O local onde mora tem lavatório? Sim ☐ Não ☐

21. Onde realiza a sua Higiene pessoal?

---

22. O local onde mora tem cozinha? Sim ☐ Não ☐

Se **Não** tem cozinha onde prepara as suas refeições?

---

### **IV. Higiene e Alimentação:**

23. Que tipo (s) de Higiene realiza?

Oral ☐

Facial ☐

Corporal total ☐

Corporal parcial ☐

Genital/anal ☐

☐

O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização

Nenhuma

Outra (s)

☐

24. Quais os utensílios/aparelhos/instrumentos usados na realização da sua Higiene Geral e Oral?

Higiene Oral:

Escova de dentes

☐

Fio dentário

☐

Pasta ou gel dentário

☐

Outros

☐

Higiene Geral:

Sabão

☐

Gel de banho

☐

Champô

☐

Esponja

☐

Outros

☐

25. Realiza escovagem dentária? Sim

☐

Não

☐

26. Realiza escovagem lingual? Sim

☐

Não

☐

27. Com que frequência realiza a sua Higiene Oral?

Diariamente

☐

Semanalmente

☐

Mensalmente

☐

Nunca

☐

28. Se realiza a Higiene Oral **todos os dias**, quantas vezes o faz por dia?

29. Em que momento do dia é que a realiza a sua Higiene Oral?

Manha

☐

Tarde

☐

Noite

☐

Outra (s)

☐

30. Qual/quais a(s) refeição (s) que faz no seu dia-a-dia?

Pequeno-almoço

☐☐



Almoço

Lanche ☐

Jantar ☐

Seia ☐

Outras ☐

31. Onde realiza a(s) referida (s) refeição (s)? \_\_\_\_\_

32. Quais os alimentos que mais consome? \_\_\_\_\_

**V. Serviços de Saúde: Informação/Acesso/Procura:**

33. Está inscrito como Utente no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?

Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Se **Não**, tem cobertura por outro tipo de Serviço de Saúde?

Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Se **Sim**, qual?

---

**VI. Perceção do Estado de Saúde:**

34. Diria que o estado da sua Saúde Oral, comparativamente às pessoas da sua idade é:

Muito pior ☐

Pior ☐

Mais ou menos igual ☐

Melhor ☐

Muito melhor ☐

Não sabe responder ☐

35. Tendo tido sintomas de doença?

Sim ☐ Não ☐

36. Consultou algum Médico por esse motivo?

Sim ☐ Não ☐

37. Se **Sim**, qual o problema ou doença diagnosticada?

---

38. Se **Não**, porque não o fez?

---

39. Sabia que tem direito de recorrer a um Centro de Saúde ou Hospital se se sentir doente?

Sim ☐ Não ☐

40. Qual é o Centro de Atendimento de Saúde que costuma utilizar?

---

41. Quando foi a **última vez** que foi atendido num Centro de Saúde, Hospital ou Clínica?
- 

42. Porque recorreu ao Centro de Saúde, Hospital ou Clínica?

Sentir-se mal ☐

Sofrer um acidente ☐

Estar em tratamento ☐

Fins preventivos ☐

Outro ☐

43. Já consultou um Médico Dentista?

Sim ☐ Não ☐

Se **Não**, porquê?

---

Se **Sim**, onde foi atendido?

---

44. Quando foi a **última vez** que consultou o Médico Dentista?
- 

45. Qual o motivo da Consulta?
- 

46. O motivo pelo qual consultou o Médico Dentista ficou resolvido?

Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

47. Gostou do atendimento realizado pelo Médico Dentista?

Sim ☐ Não ☐

Se **Não**, porquê?

48. Tem alguma dificuldade para mastigar alimentos?  
Sim ☐ Não ☐
49. O estado actual da sua Cavidade Oral constitui uma barreira para se integrar na Comunidade?  
Sim ☐ Não ☐
50. O estado actual da sua **Saúde em geral** constitui uma barreira para se integrar na Comunidade?  
Sim ☐ Não ☐
51. Confia na reserva e protecção da informação dos Centros de Saúde em relação aos utentes com doenças infecto-contagiosas, com antecedentes criminais ou delinquentes?  
Sim ☐ Não ☐

Explique:

---

## VII. Adições/Situações e Percepções de marginalização:

52. É adicto relativamente a alguma substância?  
Sim ☐ Não ☐
53. A qual ou a quais das seguintes é aditivo?  
Álcool ☐ Tipo: \_\_\_\_\_  
Tabaco ☐ Tipo: \_\_\_\_\_  
Drogas ☐ Tipo: \_\_\_\_\_  
Roubo ☐ Tipo: \_\_\_\_\_  
Jogo ☐ Tipo: \_\_\_\_\_  
Sexo ☐ Tipo: \_\_\_\_\_  
Internet ☐ Conteúdos: \_\_\_\_\_  
Outro ☐ Qual: \_\_\_\_\_
54. Sentiu-se alguma vez discriminado nos locais de atendimento a Cuidados de Saúde?  
Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, de que forma:

- Por opções sexuais ☐
- Por razões étnicas ☐
- ☐

O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização

Por razões económicas

Outros

☐

55. Já participou ou esteve envolvido nalgum acto ilícito?

Sim ☐ Não ☐

56. Foi condenado por algum desse(s) acto(s)?

Sim ☐ Não ☐

57. Se **Sim**, uma vez conhecido(s) esse(s) acto(s) pelo Médico Dentista, sentiu haver alguma discriminação ou marginalização durante o seu atendimento?

Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, explique de que forma: \_\_\_\_\_

58. Sabe que pode contestar/reclamou por escrito, no Livro de Reclamações, o acto de discriminação ou marginalização de que foi alvo?

Sim ☐ Não ☐

59. Alguma vez contestou/reclamou?

Sim ☐ Não ☐

Se **Não** contestou, porquê? \_\_\_\_\_

**O Inquérito chegou ao fim.**

**Pela sua colaboração para o preenchimento completo deste inquérito, o nosso muito obrigado!**

**Anexo n.º 4 - Inquérito Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã**

## Inquérito

O objectivo principal deste Inquérito é estabelecer a situação clínica e as situações socioculturais, os comportamentos e factores de risco que levam à marginalização e auto-exclusão no acesso aos Serviços de Saúde, nomeadamente de Medicina Dentária, que envolvem e caracterizam os utentes do Centro Social da Junta de Freguesia de Campanha. O Investigador garante a idoneidade e respeito do processo em todas as etapas. A informação obtida será de carácter confidencial. Os resultados decorrentes deste inquérito respeitarão o anonimato, sendo divulgada apenas os resultados estatísticos obtidos e de relevância. O inquirido será informado de todo o processo e poderá desistir da sua participação neste, assim o entenda por conveniente, sem qualquer tipo de consequência nefasta.

### Informação geral

Número de registo:

Data: Dia \_\_\_\_ Mês \_\_\_\_ Ano \_\_\_\_

### I. Caracterização Sócio-demográfica:

1. Naturalidade: \_\_\_\_\_
2. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
3. Idade (anos): \_\_\_\_\_
4. Sexo: F ☐ M ☐
5. Como classificaria o seu comportamento sexual?

Heterossexual ☐

Bissexual ☐

Homossexual ☐

Transexual ☐

Travesti ☐

Outro (s) ☐

6. Tem religião: Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, qual?

\_\_\_\_\_

7. Língua materna: \_\_\_\_\_

8. Língua comunicante: \_\_\_\_\_

### II. Caracterização Socioeconómica:

O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização

9. Escolaridade:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Nenhum nível de Ensino                   | <input type="checkbox"/> |
| Escolaridade Básica                      | <input type="checkbox"/> |
| 1º Ciclo do Ensino Básico (1ª à 4ª ano)  | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano) | <input type="checkbox"/> |
| 3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano) | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Secundário (10º ao 12º ano)       | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Superior                          | <input type="checkbox"/> |
| Pós-graduação                            | <input type="checkbox"/> |
| Outra (s)                                | <input type="checkbox"/> |

10. Tem uma actividade laboral: Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, qual?

---

Se **Não**, porquê?

---

11. Fontes de rendimento:

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Trabalho/ Emprego | <input type="checkbox"/> |
| Estado (Subsidio) | <input type="checkbox"/> |
| Família           | <input type="checkbox"/> |
| Outro (s)         | <input type="checkbox"/> |

Se outro (s), quais? \_\_\_\_\_

12. Se a sua fonte de rendimento provem do Estado, diga porquê?

---

13. Se a sua fonte de rendimento provem da Família, diga porquê?

---

14. Dentro do Núcleo Familiar, qual o lugar que ocupa?

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Cabeça de Família           | <input type="checkbox"/> |
| Membro do Agregado Familiar | <input type="checkbox"/> |
| Não tem Núcleo Familiar     | <input type="checkbox"/> |

15. Se é Cabeça de Família, quantas pessoas dependem de si?

16. Se é Membro de um Agregado Familiar, qual o seu posto?

- Pai ☐
- Mãe ☐
- Filho (a) ☐
- Outro (a) ☐

### **III. Condições da Habitação:**

17. Local onde mora:

- Casa/Apartamento próprio ☐
- Quarto arrendado ☐
- Casa/Apartamento partilhado ☐
- Lar de acolhimento ☐
- Barraca ☐
- Rua ☐

18. Se **mora acompanhado**, quem é/são o/a(s) seu(s/as) parceiro (s/as)?

---

19. O local onde mora **tem** casa de banho? Sim ☐ Não ☐

20. O local onde mora **tem** lavatório? Sim ☐ Não ☐

21. Onde realiza a sua Higiene pessoal?

---

22. O local onde mora **tem** cozinha? Sim ☐ Não ☐

Se **Não** tem cozinha onde prepara as suas refeições?

### **IV. Higiene e Alimentação:**

23. Que tipo (s) de Higiene realiza?

- Oral ☐
- Facial ☐
- Corporal total ☐
- Corporal parcial ☐
- Genital/anal ☐
- Nenhuma ☐



O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização

Outra (s) ☐

24. Quais os utensílios/aparelhos/instrumentos usados na realização da sua Higiene Geral e Oral?

Higiene Oral:

Escova de dentes ☐

Fio dentário ☐

Pasta ou gel dentário ☐

Outros ☐

Higiene Geral:

Sabão ☐

Gel de banho ☐

Champô ☐

Esponja ☐

Outros ☐

25. Realiza escovagem dentária? Sim ☐ Não ☐

26. Realiza escovagem lingual? Sim ☐ Não ☐

27. Com que frequência realiza a sua Higiene Oral?

Diariamente ☐

Semanalmente ☐

Mensalmente ☐

Nunca ☐

28. Se realiza a Higiene Oral **todos os dias**, quantas vezes o faz por dia?

29. Em que momento do dia é que a realiza a sua Higiene Oral?

Manha ☐

Tarde ☐

Noite ☐

Outra (s) ☐

30. Qual/quais a(s) refeição (s) que faz no seu dia-a-dia?

Pequeno-almoço ☐

Almoço ☐

Lanche ☐

☐

Jantar

Seia

☐

Outras

☐

31. Onde realiza as referida (s) refeição (s)? \_\_\_\_\_

32. Quais os alimentos que mais consome? \_\_\_\_\_

**V. Serviços de Saúde: Informação/Acesso/Procura:**

33. Está inscrito como Utente no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?

Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Se **Não**, tem cobertura por outro tipo de Serviço de Saúde?

Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

Se **Sim**, qual?

\_\_\_\_\_

**VI. Perceção do Estado de Saúde:**

34. Diria que o estado da sua Saúde Oral, comparativamente às pessoas da sua idade é:

Muito pior ☐

Pior ☐

Mais ou menos igual ☐

Melhor ☐

Muito melhor ☐

Não sabe responder ☐

35. Tendo tido sintomas de doença?

Sim ☐ Não ☐

36. Consultou algum Médico por esse motivo?

Sim ☐ Não ☐

37. Se **Sim**, qual o problema ou doença diagnosticada?

\_\_\_\_\_

38. Se **Não**, porque não o fez?

\_\_\_\_\_

O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização

39. Sabia que tem direito de recorrer a um Centro de Saúde ou Hospital se se sentir doente?

Sim ☐ Não ☐

40. Qual é o Centro de Atendimento de Saúde que costuma utilizar?

---

41. Quando foi a **última vez** que foi atendido num Centro de Saúde, Hospital ou Clínica?

---

42. Porque recorreu ao Centro de Saúde, Hospital ou Clínica?

Sentir-se mal ☐

Sofrer um acidente ☐

Estar em tratamento ☐

Fins preventivos ☐

Outro ☐

43. Já consultou um Médico Dentista?

Sim ☐ Não ☐

Se **Não**, porquê?

---

Se **Sim**, onde foi atendido?

---

44. Quando foi a última vez que consultou o Médico Dentista?

---

45. Qual o motivo da Consulta?

---

46. O motivo pelo qual consultou o Médico Dentista ficou resolvido?

Sim ☐ Não ☐ Não Sabe ☐

47. Gostou do atendimento realizado pelo Médico Dentista?

Sim ☐ Não ☐

Se **Não**, porquê?

---

48. Tem alguma dificuldade para mastigar alimentos?

Sim ☐ Não ☐

49. O estado actual da sua Cavidade Oral constitui uma

☐☐

barreira para se integrar na Comunidade?

Sim

Não

☐

50. O estado actual da sua **Saúde em geral** constitui uma  
barreira para se integrar na Comunidade?

Sim

Não

51. Confia na reserva e protecção da informação dos Centros de Saúde em relação aos utentes com doenças infecto-contagiosas, com antecedentes criminais ou delinquentes?

Sim ☐

Não ☐

Explique:

## **VII. Adições/Situações e Percepções de marginalização:**

52. É adicto relativamente a alguma substância?

Sim ☐

Não ☐

53. A qual ou a quais das seguintes é aditivo?

Álcool ☐ Tipo: \_\_\_\_\_

Tabaco ☐ Tipo: \_\_\_\_\_

Drogas ☐ Tipo: \_\_\_\_\_

Roubo ☐ Tipo: \_\_\_\_\_

Jogo ☐ Tipo: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Tipo: \_\_\_\_\_

Internet ☐ Conteúdos: \_\_\_\_\_

Outro ☐ Qual: \_\_\_\_\_

☐

54. Sentiu-se alguma vez discriminado nos locais de  
atendimento a Cuidados de Saúde?

☐

Sim

Não

Se Sim, de que forma:

Por opções sexuais

☐

Por razões étnicas

☐☐

O Acesso à Saúde Oral em contextos de Marginalização

Por razões económicas

Outros

☐

55. Já participou ou esteve envolvido nalgum acto ilícito?

Sim ☐ Não ☐

☐ 56. Foi condenado por algum desse(s) acto(s)?

Sim ☐ Não ☐

57. Se Sim, uma vez conhecido(s) esse(s) acto(s) pelo Médico

☐ Dentista, sentiu haver alguma discriminação ou marginalização durante o seu atendimento?

Sim ☐ Não ☐

Se Sim, explique de que forma: \_\_\_\_\_

58. Sabe que pode contestar/reclamou por escrito, no Livro de Reclamações, o acto de discriminação ou marginalização de que foi alvo?

Sim ☐ Não ☐

59. Alguma vez contestou/reclamou?

Sim ☐ Não ☐

Se **Não** contestou, porquê? \_\_\_\_\_

**O Inquérito chegou ao fim.**

**Pela sua colaboração para o preenchimento completo deste inquérito, o nosso muito obrigado!**



**Anexo n.º 5 - Odontograma ARRIMO**

Designação do Rastreio (em português):

Para aplicação na Tese de Doutoramento:

**“Acesso à Saúde Oral em contexto de marginalização. Estratégias e vivências sociais.”**

### **ÍNDICE CPO-D**

O Índice de ataque de Cárie originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937, conhecido pelas iniciais CPO permanece sendo o mais utilizado em todo mundo, mantendo-se como o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal.

Quando a unidade de medida é o dente temos o índice CPO-D, ou seja, Dentes 'Cariados, Perdidos e Obturados. Ainda que a denominação mais correta, neste último caso seja "Restaurado", para efeitos do índice se mantém a inicial "O" como uma concessão à sua melhor eufonia.

(Vítor Gomes Pinto; Saúde Bucal Colética; 4ª edição; Santos, livraria editora; 2000).

---

### **ODONTOGRAMA:**



C- Cariado

P- Perdido

O – Obturado/ “Restaurado”

Dr. Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro (Médico Dentista):

E-mail: [luis.s.castro@sapo.pt](mailto:luis.s.castro@sapo.pt)

Assinatura:

---

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Campelo

Co-Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Marino



**Anexo n.º 6 - Odontograma Centro Social da Junta de Freguesia de Campanhã**

Designação do Rastreio (em português):

Para aplicação na Tese de Doutoramento:

**“Acesso à Saúde Oral em contexto de marginalização. Estratégias e vivências sociais.”**

### **ÍNDICE CPO-D**

O Índice de ataque de Cárie originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937, conhecido pelas iniciais CPO permanece sendo o mais utilizado em todo mundo, mantendo-se como o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal.

Quando a unidade de medida é o dente temos o índice CPO-D, ou seja, Dentes 'Cariados, Perdidos e Obturados. Ainda que a denominação mais correta, neste último caso seja "Restaurado", para efeitos do índice se mantém a inicial "O" como uma concessão à sua melhor eufonia.

(Vítor Gomes Pinto; Saúde Bucal Colética; 4ª edição; Santos, livraria editora; 2000).

---

### **ODONTOGRAMA:**



C- Cariado

P- Perdido

O – Obturado/ “Restaurado”

Dr. Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro (Médico Dentista):

E-mail: [luis.s.castro@sapo.pt](mailto:luis.s.castro@sapo.pt)

Assinatura:

---

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Campelo

Co-Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Marino